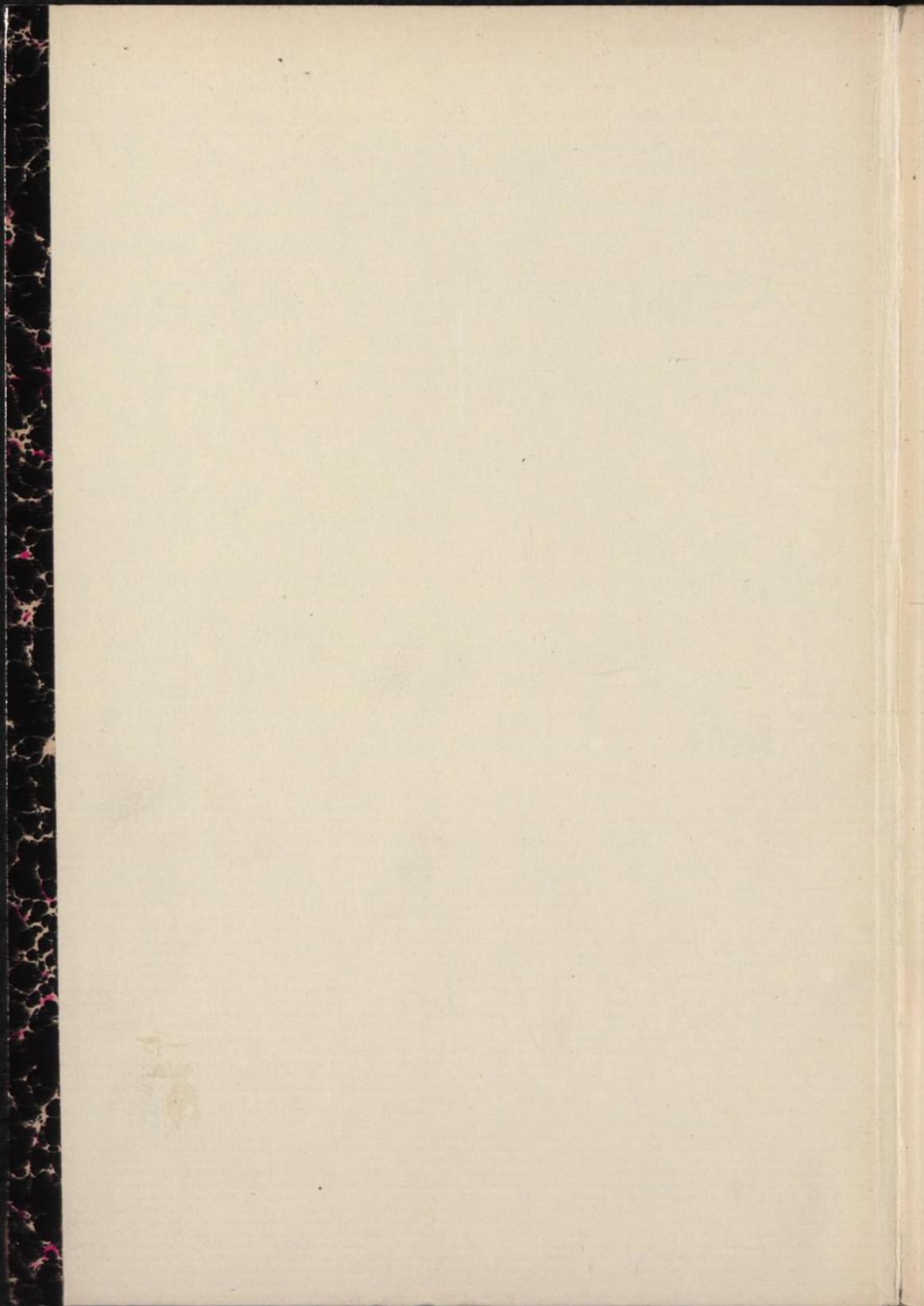


Wiener Stadt-Bibliothek.

87522 A



A 87522

74

1915-1925  
ZEHN JAHRE  
**KINDERFÜRSORGE**

DER  
**REICHSANSTALT FÜR  
MUTTER- UND SÄUGLINGSFÜRSORGE IN WIEN**

UND DER IHR ANGESCHLOSSENEN FÜRSORGEAKTIONEN.  
ZEHN JAHRE SÄUGLINGS- UND KLEINKINDERFÜRSORGE DER  
„KRIEGSPATENSCHAFT“ UND DER MIT IHR VERBÜNDETEN  
KRANKENKASSEN.

FÜNF JAHRE ERHOLUNGSFÜRSORGE DER  
„VEREINIGTEN ÖSTERREICHISCHEN KRANKENKASSENHILFE  
FÜR TUBERKULÖS GEFÄHRDETE KINDER“.

VON

HOFRAT PROFESSOR **DR. LEOPOLD MOLL**,  
DIREKTOR DER REICHSANSTALT FÜR MUTTER- UND SÄUGLINGSFÜRSORGE



WIEN

VERLAG DER REICHSANSTALT FÜR MUTTER- UND  
SÄUGLINGSFÜRSORGE / WIEN XVIII, GLANZINGGASSE 37

1926

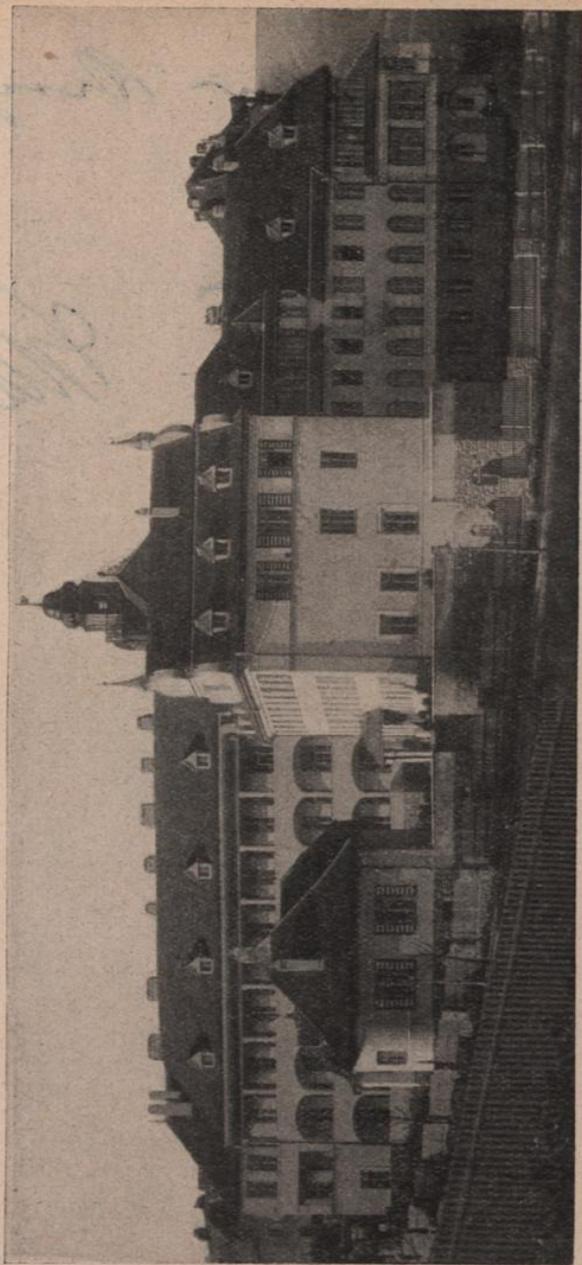


W. 12 87 31



Konv. Kinniter J. R. Schmitz  
in ungekaufter Briefung  
Schmitz

16. 2. 06 J. W. M.



Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge, Wien XVIII, Glanzinggasse 37.

## I.

### Zehn Jahre (1915 bis 1925) Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge

Von Hofrat Professor Dr. LEOPOLD MOLL,  
Direktor und Primararzt der Anstalt

Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien, welche in den Jahren 1912 bis 1914 aus den Mitteln des Kaiser Jubiläumsfondes für Kinderschutz und Jugendfürsorge erbaut wurde, wurde im Oktober des Jahres 1915, nachdem sie ein Jahr hindurch als Kriegsspital gedient hatte, ihrer eigentlichen Bestimmung zugeführt.

Die Anstalt erfüllt entsprechend dem von mir seinerzeit entworfenen Betriebsplan mehrere Aufgaben.

#### A) Als Lehranstalt

Die Anstalt ist zunächst eine Pflegeschule zur Heranbildung von Säuglings- und Kleinkinderfürsorgerinnen, welche aus den verschiedensten Gebieten des Staates in die Anstalt von Seiten der Jugendämter und sonstigen Fürsorgeaktionen zur Ausbildung entsendet werden, oder freiwillig kommen, um nach Absolvierung des einjährigen Ausbildungskurses in die heimatlichen Gegenden wieder zurückzukehren. Dort, mit den heimischen Sitten, Dialekt und Gewohnheiten der Bevölkerung vertraut, verbreiten sie die in der Pflegeschule aufgenommenen Lehren. Auf diese Weise bekämpfen sie die im Volke noch vielfach eingebürgerten Mißbräuche bei der Aufzucht der Kinder, auf die auch heute noch ein großer Teil der Säuglingssterblichkeit zurückzuführen ist.

Im Laufe der vergangenen zehn Jahre wurden in der Reichsanstalt 352 Fürsorgerinnen ausgebildet und die meisten betätigen sich in der offenen Fürsorge. Der weitaus größte Teil hat erfreulicherweise in den Bundesländern Anstellung und ein Tätigkeitsfeld gefunden. Dank der erfolgreichen Tätigkeit der Fürsorgeschwestern haben sich immer mehr Gemeinden entschlossen, solche anzustellen. Der Andrang um die Aufnahme in unsere Fürsorgeschule, welche derzeit 48 Plätze umfaßt, ist ein so gewaltiger, daß kaum ein Viertel der um Aufnahme Ansuchenden aufgenommen werden kann. Nicht allein in Österreich, sondern auch in den Sukzessionsstaaten und auch im Auslande haben

unsere Schülerinnen Anstellung gefunden; darunter auch eine ziemlich große Zahl in leitenden Stellungen. Der neu geschaffene Beruf der Säuglingsfürsorgerinnen hat sich deswegen so bald einzubürgern gewußt, weil er so recht der weiblichen Wesensart angepaßt ist. Die Fürsorgerin, welche in die Wohnungen der Armen, der bisher von jeglicher Aufklärung Ausgeschlossenen kommt, findet in dieser Fürsorgearbeit wahre Befriedigung. Ihre Arbeit wird dankend von der Bevölkerung anerkannt und sie dokumentiert sich auch in den Erfolgen. So liefen im Laufe der Jahre wiederholt Tätigkeitsberichte der in den Fürsorgestellen beschäftigten Fürsorgerinnen ein, aus denen hervorgeht, daß seit der Errichtung der Mutterberatungsstellen, in deren Wirkungskreis der Fürsorgerin eine ganz bedeutende Rolle zufällt, die Stillhäufigkeit in der Bevölkerung wesentlich zugenommen und die Säuglingssterblichkeit bedeutend abgenommen hat.

Nur der wirkliche Erfolg muntert zur neuen Arbeit wieder an. Die auf dem flachen Land tätigen Fürsorgerinnen leisten eine ganz besondere Arbeit, da sie weite Strecken und mühsame Wege zurückzulegen haben, um in die Häuser der zu Befürsorgenden zu gelangen. Man kann nicht genug bewundernd anerkennen, welchen Strapazen und Mühen sich diese Pioniere im Interesse der Volksaufklärung und Sozialhygiene unterziehen.

Die Fürsorgerinnen sind in der weitaus größten Zahl von einem städtischen oder Landesjugendamt angestellt. Sie unterstehen dem Fürsorgearzt und der Berufsvormundschaft und haben sowohl bei der rein ärztlichen wie bei der allgemeinen Jugendfürsorge mitzuwirken. Sie haben mitzuhelfen, die wirtschaftliche Lage des Kindes zu sichern und soweit als möglich zu verbessern, Erhebungen zu pflegen, die Rechte des Kindes zu vertreten und, wie schon bemerkt, den Müttern durch Unterweisung und Belehrung über die zweckmäßige Pflege, Ernährung und Erziehung des Kindes beizustehen. Eine so große Aufgabe kann jedoch die Fürsorgerin nur dann erfüllen, wenn sie die entsprechende Eignung, wie sie dieser ideale Beruf verlangt, neben einer entsprechenden Ausbildung besitzt.

Die Bedingungen für die Aufnahme in unsere Schule sind dementsprechend streng. Die Schülerinnen, welche während des vollen Schuljahres im Internat der Anstalt wohnen, haben reichlich Gelegenheit, die Pflege gesunder und kranker Säuglinge und Kleinkinder kennen zu lernen und in das Wesen des Kindes einzudringen, so daß sie aus eigener praktischer Erfahrung nachher imstande sind, die Richtigkeit der modernen Pflege-, Ernährungs- und Erziehungsmaßnahmen zu vertreten und die so gewonnenen Kenntnisse zu verbreiten. Es ist ein besonderer Vorteil für unsere Pflegeschule, daß in der Anstalt nicht allein kranke, sondern auch gesunde Kinder Aufnahme finden, letztere aus sozialen Gründen, so daß die Schülerinnen Gelegenheit haben, den Unterschied des Gesunden vom Kranken kennen zu lernen. Besonders

wichtig ist für die Heranbildung der Säuglingsfürsorgerin, daß sie die Möglichkeit hat, während ihrer Ausbildungszeit den Umgang mit den Müttern, die bald nach der Entbindung in die Anstalt eintreten, zu pflegen und alle die Veränderungen in der Seele der Frau, die durch die Mutterschaft hervorgerufen werden, kennen zu lernen. Der Umgang mit den zu beratenden Müttern muß praktisch erlernt werden; soll er in richtiger Weise vorgenommen werden. Die Pflege der Kinder besorgt die Schülerin unter Belehrung der Anstaltsärzte und unter Anleitung der Lehrschwestern. Die Erörterung jeden Falles in gesundheitlicher und fürsorgerischer Beziehung bildet im Laufe des Jahres die Grundlage eines ganz gewaltigen Lehrstoffes, der auch der Schülerin die Möglichkeit gibt, näheren Einblick in die wirtschaftlichen Verhältnisse zu gewinnen, unter denen die Kinder fürsorge- bzw. anstaltsbedürftig geworden sind.

Ein besonderes Kapitel der Ausbildung ist die Pflege des kranken Kindes, damit die Fürsorgerin in der Praxis in die Lage versetzt wird, der besorgten Mutter im bescheidenen häuslichen Milieu im Falle der Erkrankung eines Kindes bei der Pflege des Kindes behilflich sein zu können. Die Mütter empfinden eine solche Anteilnahme ungemein wohlthuend und dankbar. Besonderes Gewicht wird auch bei der Ausbildung auf die Zubereitung der Säuglingsnahrung gelegt.

Weiters betätigt sich die Schülerin auch in der offenen Fürsorge, d. h. in der Mutterberatungsstelle der Reichsanstalt, wo sie bei der Beratung der Mütter teilnimmt, bzw. von der Lehrschwester in die Wohnungen der Mütter geführt wird.

Es ist notwendig, daß die Schülerin durch geschulte Kräfte in diese praktische Außenarbeit eingeführt wird. Kommt es doch hier vielfach darauf an, mit einem Blick die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse zu erfassen, den richtigen Ton im Umgang mit den Müttern zu finden und das Vertrauen derselben zu gewinnen. Desgleichen machen die Schülerinnen auch Hausbesuche bei der Tuberkulosefürsorge und werden hier ebenfalls durch eine erfahrene Fürsorgeschwester in die häuslichen Verhältnisse, unter denen die Kinder zu leben gezwungen sind, eingeführt.

Der theoretische Lehrstoff ist ein sehr umfangreicher und wird jährlich in rund 500 Lehrstunden, die zum größten Teil im Hörsaal der Anstalt abgehalten werden, behandelt.

Die Schülerinnen werden ausgebildet in der Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers mit besonderer Berücksichtigung des kindlichen Organismus. Diese Vorträge werden im anatomischen Univ.-Institut (Prof. Dr. TANDLER) und im physiologischen Univ.-Institut (Prof. Dr. DURIG) von deren Assistenten gelesen.

Die anderen Vorlesungen werden im Hörsaal der Reichsanstalt täglich abgehalten, gewöhnlich in der Zeit von vier bis sieben Uhr nachmittags. Die weiteren Unterrichtsgegenstände sind folgende: Die

Pflege des gesunden und kranken Kindes, die Aufgaben und Einrichtungen des Mutterschutzes und der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge (Prof. Dr. L. MOLL), die Lehre von den Infektionskrankheiten und allgemeine Krankheitslehre (Assistent Dr. EUGEN STRANSKY), seelische Entwicklung des Kindes und Erziehungslehre (Assistent Dr. OSKAR LOEWY). Ernährungslehre und Lebensmittelkunde (Prof. Dr. ZARIBNITZKY und Dr.-tech. L. TAVS). Schwangerenfürsorge (Dr. R. PATEK). Gesundheitswesen und Sanitätsgesetze (Sektionschef Dr. HABERLER). Rechtsfürsorge und Vormundschaftswesen (Ministerialsekretär Dr. K. LICHT). Sozialversicherung und Krankenkassenwesen (Direktor BREIT). Bekämpfung der Tuberkulose und Tuberkulosenfürsorge (Oberbezirksarzt Dr. A. GÜTZL). Die körperliche Ertüchtigung und Sportwesen (Regierungsrat Prof. PREISS). Die Prinzipien der Berufsberatung (Frau O. SCHWARZ). Erste Hilfe und Verbandtechnik (Doz. Dr. B. BREITNER).

Weiter haben die Schülerinnen auch Gelegenheit, in der Entbindungsabteilung des Wiedner Krankenhauses (Prof. Dr. HALBAN) den Entbindungen beizuwohnen, die Hygiene des Wochenbettes praktisch kennen zu lernen und das Neugeborene zu pflegen. Schließlich praktizieren sie auch einige Zeit im orthopädischen Spital (Prof. Dr. SPITZY) und können sich dort mit den Einrichtungen der Krüppelfürsorge vertraut machen. Außerdem wird den Schülerinnen in Form von Lehrausflügen Gelegenheit gegeben, wichtige Institutionen, wie Jugendämter, Jugendgericht, Kinderspitäler, Kinderhorte, Kindergärten, Molkereien, Anlagen des Lebensmittelverkehrs, Einrichtungen des Hortwesens usw. kennen zu lernen.

Am Schlusse jedes Jahres findet die staatliche Diplomprüfung unter dem Vorsitz des Vertreters des Volksgesundheitsamtes im Bundesministerium für soziale Verwaltung statt.

Der hier dargelegte Lehrplan zeigt, daß in unserer Schule nicht allein auf das engere Gebiet der Säuglingsfürsorge Rücksicht genommen wird, sondern daß auch die angrenzenden Fürsorgegebiete soweit als tunlich einbezogen sind, und zwar deswegen, weil die Säuglingsfürsorge mit den verschiedensten Fürsorgezweigen innig zusammenhängt. Die Fürsorgerin, die wegen des Säuglings ins Haus kommt, muß ebenso auch in der Tuberkulosenfürsorge, Wohnungshygiene, Rechtsfürsorge, kurz, über die verschiedenen fürsorgerischen Fragen orientiert sein, soll sie den Anforderungen des täglichen Lebens entsprechen.

Der Lehrstoff unserer Schule ist im Laufe der Jahre größer geworden. Dies war eben deswegen geboten, weil die Fürsorgerinnen nicht allein auf dem Gebiet der engeren Säuglingsfürsorge, sondern auch auf anderen Fürsorgegebieten sich zu betätigen gezwungen sind. Nur der Umstand, daß aus der großen Zahl der um Aufnahme sich Meldenden, die bestqualifizierten, mit guter Vorbildung ausgestatteten, aufgenommen werden, ermöglicht es, daß der geschilderte große Lehrstoff in einem Schuljahr, das ein volles Kalenderjahr darstellt, bewältigt

werden kann. Zur Eignung der Schülerin ist nicht allein eine höhere Vorbildung notwendig, es gehören auch hiezu gute Charaktereigenschaften, und viel Verständnis und ehrliches Empfinden für die Probleme der sozialen Fürsorge.

Ist die Auswahl richtig getroffen, so vermag die Schülerin den großen Anforderungen unserer Schule nachzukommen und sich sowohl pflegerisch wie fürsorgerisch voll auszubilden. Die bisherigen Resultate unserer Schule sind so zufriedenstellend, daß wir an dem Lehrplan keine Änderungen vorzunehmen uns veranlaßt sehen.

Die Lehrtätigkeit der Anstalt erfährt vom heurigen Jahre an eine wesentliche Erweiterung, da auch die Schülerinnen der staatlichen Hebammenanstalt in der Anstalt ausgebildet werden. Nach dem neuen österreichischen Hebammengesetz ist die Hebamme zur Mitarbeiterin bei der Mutter- und Säuglingsfürsorge berufen. Um die Ausbildung der Fürsorgerinnen und Hebammen nach einheitlichen Gesichtspunkten zu gestalten, hat das Volksgesundheitsamt im Bundesministerium für soziale Verwaltung beschlossen, von nun an die Ausbildung der Hebammenschülerinnen der Wiener Hebammenlehranstalt in der Säuglingspflege in der Reichsanstalt vornehmen zu lassen.

Aber auch auf dem Gebiete der ärztlichen Fortbildung kann die Anstalt auf schöne Leistungen zurückblicken. Es werden in der Anstalt verschiedene ärztliche Fortbildungskurse vom Verfasser und seinen Assistenten gelesen, die sich sowohl auf das Gebiet der Säuglings- und Kinderfürsorge erstrecken, wie auch das Spezialgebiet der Kinderheilkunde umfassen. Es wurden bisher 31 Kurse abgehalten, die von 624 Ärzten frequentiert wurden. Die Kurse zerfallen in einen theoretischen und praktischen Teil, und geben den Ärzten Gelegenheit, an den täglichen Visiten und Beratungen in der Fürsorgestelle teilzunehmen.

Aus dem Geschilderten geht hervor, daß die Anstalt als Lehranstalt zur Heranbildung bzw. Fortbildung aller Organe, welche bei der Säuglingsfürsorge beruflich tätig sind, bedeutende Leistungen aufzuweisen hat.

Die Anstalt erfreut sich eines ständigen Besuches vieler ausländischer Ärzte, darunter solcher, die selbst aus den entferntesten Weltteilen kommen, um die Betriebsführung der Anstalt und insbesondere die bei der Behandlung der Kinder eingeführten Methoden, namentlich unsere Ernährungstherapie, kennenzulernen.

Es gereicht uns zur besonderen Befriedigung, daß sich der Ruf der Anstalt in die weite Welt hinaus verbreitet hat, und insbesondere ist es uns eine große Freude, daß Stadtvertretungen und Vereine, die ein Säuglingsheim oder Säuglingskrankenhaus zu bauen beabsichtigen, sich hieher bemühen, um die Bauart und Einrichtungen der Anstalt kennenzulernen. Manchen der neu errichteten Institutionen wurde so die Anstalt zum Vorbild.

## B) Als Fürsorge- und Krankenanstalt

Zur Aufnahme gelangen Säuglinge und Kleinkinder aus gesundheitlichen und aus sozialen Gründen. Die Säuglingsabteilung umfaßt 100 Säuglingsbetten und 30 Mutterbetten, die Kleinkinderabteilung 25 Betten.

Der weitaus größte Teil der Kinder gelangt wegen Ernährungs-krankheiten zur Aufnahme. Wenn die Mutter das Kind stillt, wird die Mitaufnahme derselben verlangt. Ein großer Teil der Aufgenommenen fällt auf die frühgeborenen Kinder. Gerade in dieser Hinsicht haben wir sehr gute Erfolge aufzuweisen und ist es gelungen, die Sterblichkeit dieser Kinder auf ein Mindestmaß herabzudrücken. Die Nachuntersuchung dieser Kinder hat uns immer wieder überzeugt, daß aus ihnen vollkommen gesunde und kräftige Individuen geworden sind.

Vielfach werden kranke Kinder in die Anstalt gebracht, bei denen unzumutbare Pflege und Ernährung groben Schaden angerichtet haben, und es bedarf dann einer besonderen, oft langwierigen Anstaltsbehandlung, um die Kinder ihrer Gesundheit zuzuführen.

Ein besonderer Vorteil ist es, daß Mütter, die überreichlich Milch haben, auch für andere kranke Kinder freiwillig und ohne Entgelt Milch hergeben.

Viele Mütter kommen wegen Erkrankung oder ihres Schwächezustandes nach der Geburt in die Anstalt. Es sind meistens junge Wöchnerinnen, die erholungsbedürftig sind und im häuslichen Milieu nicht die entsprechende Pflege und Kräftigung finden können. Die Mütter erholen sich, wie aus den vierzehntägigen Gewichtszunahmen hervorgeht, sehr gut. Die durchschnittliche Gewichtszunahme der Mütter betrug bei einem Aufenthalt von einem Monat 0,63 kg, bei einem Aufenthalt von zwei Monaten 1,88 kg.

Die Milchküche ist so eingerichtet, daß den Schülerinnen die Möglichkeit geboten wird, die Heilnahrungen in einer Art und Weise zuzubereiten, wie es auch im Privathaus im bescheidenen Milieu durchführbar ist. Bezüglich der Heilnahrungen hat sich besonders die Anwendung der milchlosen Einstellungsdiät während der Durchfallerscheinungen ganz ausgezeichnet bewährt (s. unten). Die bei uns übliche Ernährungstherapie, die wir auch wissenschaftlich festgelegt haben, hat sich auch bereits Eingang in die allgemeine Praxis zu verschaffen gewußt.

Im Säuglings- und Kleinkindesalter spielt ja bei allen, sei es durch Krankheit oder durch Konstitutionsschwächen hervorgerufenen Schädigungen des Organismus die Ernährung die maßgebendste Rolle. Darauf ist es auch zurückzuführen, daß wir bei Kindern, die an Rachitis, Tuberkulose, Lues, exsudativen Hautveränderungen usw. erkrankt waren, durch die neben der individuellen medikamentösen Therapie durchgeführten rationellen Ernährung gute Erfolge aufzuweisen haben.

Die Aufenthaltsdauer eines Kindes in der Anstalt ist verschieden, je nachdem es mit oder ohne Mutter aufgenommen wird. Sie beträgt bei den Kindern, welche mit ihren stillenden Müttern aufgenommen werden, durchschnittlich 30 Tage, bei denen, die ohne Mutter aufgenommen werden, durchschnittlich 60 Tage. Dies ist ohneweiters begreiflich, zumal die Kinder ohne Mütter künstlich ernährt, meistens darmkranke Kinder sind, deren Reparation längere Zeit für sich in Anspruch nimmt und deren Rückgabe in das häusliche Milieu sich weit schwieriger gestaltet als in den ersteren Fällen.

Bei jenen Kindern, welche aus sozialen Gründen zur Aufnahme gelangen, sind es gewöhnlich schwerwiegende Momente, die hiezu Anlaß geben. So sind in der Anstalt ständig Kinder untergebracht, wegen Tod der Mutter, wegen Krankheit der Mutter, Wohnungsnot und sonstiger sozialer Hilfsbedürftigkeit.

Die Anstalt leistet in diesen Fällen als Fürsorgeanstalt ganz Außergewöhnliches, zumal diese katastrophalen Ereignisse oft so rasch eintreten, daß nur die Aufnahme in die Anstalt das Kind vor großen Schädigungen schützen kann.

Im Laufe der zehn Jahre, d. i. vom 1. Oktober 1915 bis 30. September 1925, wurden insgesamt 4630 Kinder und 1944 Mütter in die Anstalt aufgenommen.

Die Zahl der Verpflegstage betrug für die Kinder 310.754, für die Mütter 81.930.

Von den Aufgenommenen waren 3457 ehelich, und 1173 unehelich. Von den Aufgenommenen waren 2532 Knaben, und 2098 Mädchen. 54 Mütter wurden mit ihren Zwillingen aufgenommen. In die Kleinkinderabteilung werden vornehmlich rachitische, tuberkulöse, neuropathische, magen- und darmkranke und auch sonstig erkrankte Kinder aufgenommen. Aber auch aus Gründen sozialer Hilfsbedürftigkeit gelangen viele Kinder zur Aufnahme. Durch die Anstaltsaufnahme wird den Kindern und den Eltern ein großer Dienst erwiesen, bis der Zustand des Kindes bzw. die wirtschaftlichen Verhältnisse sich so gestalten, daß die Rückübernahme in die häusliche oder in eine Ersatzfamilie (Kostpflege) möglich ist.

Zusammenfassend also wirkt die Anstalt sowohl als Säuglingsheim, als Mutterheim, als Säuglingskrankenanstalt, als Kleinkinderheim und Kleinkinderkrankenanstalt.

Über die Standes- und Krankenbewegung innerhalb der ersten drei Betriebsjahre wurde in der Broschüre „Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge“, die im Selbstverlag der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge, 1919, erschienen ist, Näheres mitgeteilt, dort wurde auch die Entstehungsgeschichte der Anstalt, der Bau usw. geschildert.

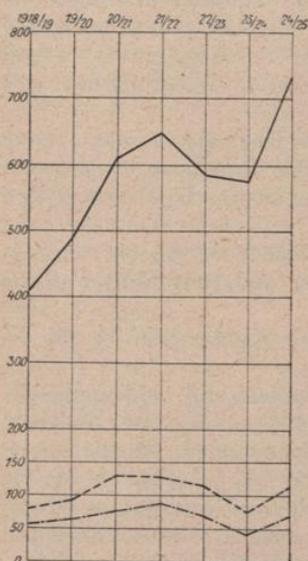
Im nachfolgenden soll über die Standes- und Krankenbewegung der folgenden sieben Betriebsjahre kurz berichtet werden, wobei bei

einzelnen Fragen auch zum Teil auf die ersten drei Betriebsjahre zurückgekommen werden soll.

Die Zahl der Aufnahmen in den einzelnen Betriebsjahren vom 1. Oktober 1915 bis 30. September 1925 beträgt:

1915/16	1916/17	1917/18	1918/19	1919/20
100	193	294	405	496
1920/21	1921/22	1922/23	1923/24	1924/25
609	641	587	578	727

Tabelle 1



Wir sehen, daß die Zahl der Aufnahmen, abgesehen von kleinen Schwankungen, sich in einer stetig steigenden Linie bewegt (s. Tabelle 1, wo die letzten sieben Jahre vermerkt sind).

In die Anstalt werden Säuglinge mit bzw. ohne ihre Mütter aufgenommen. Die Zahl der aufgenommenen Mütter beträgt:

1918/19	1919/20	1920/21	1921/22
181	196	260	247
1922/23	1923/24	1924/25	
238	240	303	

Wenn wir die Aufnahmen in ihrer Verteilung auf die einzelnen Monate in den letzten sieben Jahren zusammenstellen, bekommen wir folgende Durchschnittsziffern:

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.
46,9	45,3	47,9	50,6	50,9	47
VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
53,6	53,6	50,6	47,4	40,9	43,7

Die meisten Aufnahmen erfolgen in den Frühjahrs- und Sommermonaten.

Die Zahl der Verpflegstage beträgt nach Betriebsjahren:

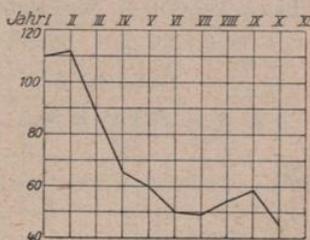
Jahr	Kinder	Mütter	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Kind
1915/16	11.036	3.727	110,4
1916/17	24.356	7.791	112,0
1917/18	29.950	8.844	88,0
1918/19	29.845	8.461	65,3
1919/20	33.530	8.203	60,3
1920/21	34.854	8.637	50,0
1921/22	34.363	9.306	49,2
1922/23	36.686	8.504	54,8
1923/24	38.635	9.487	58,8
1924/25	37.499	8.970	45,2

In zehn Jahren hat die Anstalt (s. o.) insgesamt 310.754 Verpflegstage für Kinder und 81.930 Verpflegstage für Mütter aufzuweisen. Insgesamt 392.684 Verpflegstage. Entsprechend der sich ständig steigernden Frequenz sinkt die durchschnittliche Dauer der Verpflegstage, zumal die Anstalt vom vierten Betriebsjahr an ständig voll belegt zu sein pflegt. Die Zahl ist von ihrem Höchststand im zweiten Jahr von 112 auf 45,2 im letzten Berichtsjahr gesunken (hiez zu Tabelle 2).

Von den aufgenommenen Kindern waren:

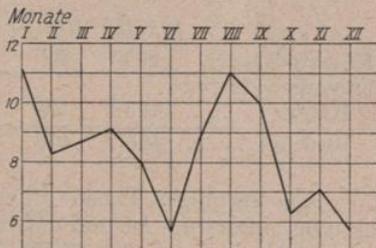
Jahr	Knaben	Mädchen
1915/16 .....	56	44
1916/17 .....	105	88
1917/18 .....	157	137
1918/19 .....	200	205
1919/20 .....	253	243
1920/21 .....	334	275
1921/22 .....	356	285
1922/23 .....	349	238
1923/24 .....	323	255
1924/25 .....	399	328
Summe ..	2532	2098
prozentuell ..	54,76%	45,24%

Tabelle 2



In den letzten sieben Berichtsjahren hatten wir bei einer Aufnahmszahl von 4043 insgesamt 717 Todesfälle zu verzeichnen, das sind 17,73% der Gesamtaufnahmen. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, daß von 717 Kindern 260 bereits in der ersten Woche der Aufnahme starben, mit anderen Worten, daß 36,26% aller Todesfälle auf die ersten Tage des Anstaltsaufenthaltes fallen. Es sind Kinder, die bereits zu spät eingeliefert worden sind, um noch am Leben erhalten werden zu können. Nach Abzug dieser Todesfälle sinkt die Mortalität auf 13,41%. An der Mortalität sind die Knaben zu 57,6%, die Mädchen zu 42,4% beteiligt. Von den aufgenommenen Knaben starben 18,65%, von den Mädchen 16,62%. Nach Abzug der Sterblichkeit in der ersten Woche sind die Zahlen 14,19% und 12,35%.

Tabelle 3



Wenn wir die durchschnittliche Sterblichkeit nach den einzelnen Kalendermonaten berechnen, bekommen wir folgende Durchschnittszahlen:

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
11,1	8,3	8,7	9,1	8,0	5,7	8,9	11,0	10,0	6,3	7,1	5,7

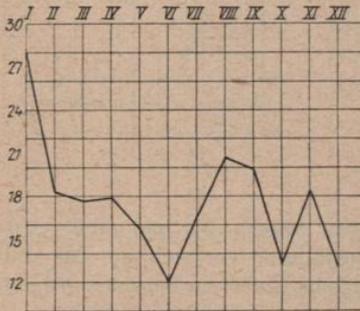
Wir sehen in der Kurve einen Wintergipfel und einen Sommergipfel der Sterblichkeit deutlich ausgeprägt. Allerdings lassen die absoluten Zahlen kein klares Bild gewinnen. Wenn man die Sterblichkeit mit den Aufnahmen in den einzelnen Monaten in Beziehung bringt, ergeben sich folgende Verhältnisse. Die Sterblichkeit beträgt, in Prozenten ausgerechnet, aus dem Verhältnis der Aufnahmen zu den Sterbefällen einschließlich der Kinder, die bald nach der Aufnahme gestorben sind:

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
27,9	18,3	17,7	17,9	15,7	12,1	16,5	20,7	19,9	13,3	18,3	13,0

(hiezü Tabelle 4). Man sieht also, daß der Wintergipfel viel ausgeprägter ist als der Sommergipfel. Der Wintergipfel ist bedingt durch Erkrankungen des Respirationstraktes, der Sommergipfel vornehmlich durch Ernährungsstörungen. Allerdings geht die Sommersterblichkeit von Jahr zu Jahr merklich zurück.

Die Anstalt nimmt in erster Linie kranke Kinder, aber wie schon bemerkt, außerdem auch fürsorgebedürftige Kinder auf. Wir stellen hier die Zahl der aufgenommenen, kranken und fürsorgebedürftigen Kinder in den letzten sieben Jahren zusammen.

Tabelle 4



	1918/19	1919/20	1920/21	1921/22	1922/23	1923/24	1924/25
Kranke Kinder..	297	360	454	514	478	424	577
Fürsorgebedürftige Kinder .....	108	136	155	127	109	154	150
Summe.....	405	496	609	641	587	578	727

Aus der obigen Tabelle 1 geht hervor, daß die Zahl der Aufnahmen ständig gewachsen ist und daß die absolute Zahl der Todesfälle gleich geblieben ist. Aus den Tabellen 5 und 6 geht hervor, daß die Mortalität, in Prozenten berechnet, in den Jahren 1918 bis 1922 sich auf gleicher Höhe hält, und daß vom Jahre 1923 an ein steter Abfall zu konstatieren ist. Dabei ist die Zahl der in den ersten Wochen nach der Aufnahme Verstorbenen auch in den letzten Jahren gleich geblieben, woraus geschlossen werden kann, daß das Krankenmaterial in seiner Qualität sich nicht geändert hat. Der Abfall der Mortalität von 12,9% bis 14,14% auf 8,7% bis 9,1% fällt zusammen mit dem Zeitpunkt der konsequenten Durchführung unserer milchlosen Einstellungsdiät bei Durchfallstörungen.

Diese Ernährungstherapie wurde in folgenden Publikationen mitgeteilt: MOLL, „Die Behandlung der Säuglinge mit milchloser Diät usw.“,

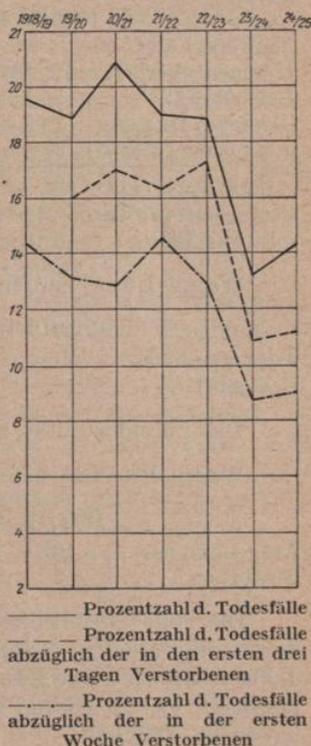
Tabelle 5. Gestorbene

Jahr	Aufgenommen	Insgesamt	davon die ersten drei Tage	in der ersten Woche	bleiben	sind %	abzüglich der in den ersten drei Tagen Verstorbenen	abzüglich der in der ersten Woche Verstorbenen
1918/19	405	80	19	25	55	19,8%	15,7%	14,4%
1919/20	496	95	19	33	62	19,1%	16,0%	13,3%
1920/21	609	126	27	54	72	20,7%	17,0%	12,9%
1921/22	641	124	23	38	86	19,3%	16,3%	14,3%
1922/23	587	112	26	41	71	19,1%	17,5%	13,0%
1923/24	578	77	17	29	48	13,3%	10,7%	8,7%
1924/25	727	103	24	40	63	14,2%	11,2%	9,1%

„Fortschritte der Medizin“, Nr. 1. 1922. MOLL und STRANSKY „Über die milchlose (Pudding-)Diät bei Ernährungsstörungen im Säuglingsalter“, Jahrbuch für Kinderheilkunde, B. 100, S. 3 bis 14; ferner MOLL, „Eine Mandelmilchmolkenmischung als Einstellungsdiät bei der Säuglingsdyspepsie“, Monatsschrift für Kinderheilkunde, B. 26, S. 250 bis 265.

Wir haben seit drei Jahren bei den meisten mit Durchfällen verbundenen Ernährungsstörungen jeder Art (enteral und parenteral) im Säuglingsalter nach der üblichen Teediät diese kuhmilchfreie — richtiger gesagt — kaseinfreie und fettarme Kost verwendet. Erst wenn bei derselben die akuten Erscheinungen zum Stillstand gebracht worden waren, wurde zu den milchhaltigen Heilnahrungen übergegangen; während in früheren Jahren nach der Teediät, wie dies allgemein üblich ist, unmittelbar eine milchhaltige Kost (Eiweißmilch, Buttermilch) sofort verabreicht wurde. Durch diese milchfreie Diät gelang es, in weitaus der Mehrzahl der Fälle Gewichtssturz und Durchfall aufzuhalten, also eine Gewichtseinstellung und bald nachher die mit Gewichtsanstieg verbundene Reparation zu erzielen.

Tabelle 6



Von 183 mit schweren akuten Ernährungsstörungen aufgenommenen Kindern starben in der Zeit vor der milchlosen Ernährungstherapie 44 Säuglinge, das sind 24% und von 116 Fällen, die mit der kaseinfreien Einstellungsdiät behandelt wurden, starben 9 Säuglinge, das sind 7,7%.

Da bei einem durchschnittlichen Belag von 100 Säuglingen, von denen rund 80% in krankem, bzw. geschädigtem Zustand zur Aufnahme gelangen, die Ernährungsstörungen das größte Kontingent aller Erkrankungen darstellen, ist die Annahme berechtigt, daß die Senkung der allgemeinen Mortalität auf die günstigen Heilresultate der Ernährungsstörungen zurückzuführen sind. Andere Faktoren, welche auf die Senkung der Mortalität einen bestimmenden Einfluß hätten nehmen können, wie z. B. die Erkrankungen an Tuberkulose, Lues, Pneumonie, septische Prozesse, konstitutionelle Anomalien, Entwicklungsstörungen usw., haben sich ihrer Zahl nach im Laufe der einzelnen Berichtsjahre nicht wesentlich geändert. Außerdem ist ihre Zahl im Verhältnis zu der der Ernährungskrankheiten viel zu gering, um auf die Mortalität einen maßgebenden Einfluß ausüben zu können.

Wegen Tuberkulose wurden in den letzten sieben Jahren aufgenommen:

	1918/19	1919/20	1920/21	1921/22	1922/23	1923/24	1924/25
Schwere Fälle (Lungentuberk.)	16	8	10	17	24	16	8
Leichte Fälle (Bronch., Drüsen- u. Knochentuberk.)	3	9	19	11	32	16	19
Summe.....	19	17	29	28	56	32	27
Gestorben (von den schweren Fällen)..	15	8	9	13	18	11	8

Wegen Lues wurden in den letzten sieben Jahren aufgenommen:

	1918/19	1919/20	1920/21	1921/22	1922/23	1923/24	1924/25
Aufgenommen..	7	6	12	16	10	7	12
Gestorben .....	2	3	5	8	2	4	4

Die Luesmortalität beträgt 41,8%.

Wegen Pneumonien wurden aufgenommen:

	1918/19	1919/20	1920/21	1921/22	1922/23	1923/24	1924/25
Aufgenommen..	10	16	20	24	22	15	23
Gestorben .....	7	10	12	9	8	4	4

Die hohe Sterblichkeit in den ersten Berichtsjahren wird bedingt durch die damalige Grippeepidemie. Die Sterblichkeit in den letzten Jahren hält sich durchwegs in mäßigen Grenzen, ist aber, absolut genommen, viel zu gering, um auf die gesamte Mortalität einen Einfluß haben zu können.

Wegen septischer Infektionen wurden aufgenommen:

	1918/19	1919/20	1920/21	1921/22	1922/23	1923/24	1924/25
Aufgenommen..	7	10	20	24	23	26	28
Gestorben .....	2	5	14	19	13	12	13

Die Sterblichkeit hielt sich in den letzten Jahren fast in gleichen Grenzen.

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, daß den genannten Krankheiten bzw. Todesfällen kein wesentlicher Einfluß auf die Senkung der Gesamtmortalität zugesprochen werden kann. Einen solchen jedoch müssen wir der Mortalität der Frühgeburten zuschreiben, welche in den letzten Jahren um rund 40% gesunken ist.

Von den in die Anstalt aufgenommenen, genügend lang, zumindest drei Monate, beobachteten frühgeborenen Kindern starben nach Abzug der moribund aufgenommenen bis 1924:

Von 1000 bis 1500 g von 44-16 = 36,3%, von 1500 bis 2000 g von 100 27 = 27%, von 2000 bis 2500 g von 64-12 = 18,7%.

In den letzten zwei Jahren ist die Sterblichkeit bei jeder Gruppe stark zurückgegangen.

Von 1000 bis 1500 g starben von 21,5 = 23,8%, von 1500 bis 2000 g starben von 36,6 = 16,6%, von 2000 bis 2500 g starben von 24,3 = 12,5%.

Diesen Rückgang der Sterblichkeit der Frühgeburten führen wir 1.) auf die Pflege und 2.) auf die besondere Ernährungsart, welche in folgenden Publikationen niedergelegt wurde, zurück: MÖLL, „Beitrag zur Aufzucht frühgeborener Kinder“, Zeitschrift für Kinderheilkunde, Bd. XXI. NEUBAUER, „Einfluß der Ernährung auf das Wachstum und die Entwicklung frühgeborener Kinder“, Monatsschrift für Kinderheilkunde, Bd. XXI und E. STRANSKY, „Zur Aufzucht der frühgeborenen Kinder“, Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 43. 1925.

Als besonders günstiges Moment unserer Anstalt muß hervorgehoben werden, daß sie im Gegensatz zu vielen anderen Säuglingsanstalten nur wenig unter den Erscheinungen leidet, welche unter dem Namen „Hospitalismus“ zusammengefaßt werden. An dieser erfreulichen Tatsache hat in erster Hinsicht die Bauart der Säuglingsabteilungen ihren Anteil, die nach meinen Angaben errichtet wurden. Sie bestehen aus kleinen gläsernen Zimmerchen, die auf einen gemeinsamen Gang und auf eine gemeinsame nach Südost gelegene Loggia münden. Beim Auftreten einer übertragbaren Krankheit konnte dieselbe gewöhnlich mit Erfolg auf das eine vier bis fünf Betten enthaltende Zimmerchen beschränkt werden. Daß hiezu die strengste Erfüllung aller hygienischen Maßnahmen seitens des Wartepersonals eine Voraussetzung ist, ist selbstverständlich. Dreimal wurden Varizellen eingeschleppt, und jedesmal konnten sie auf die infizierte Box beschränkt bleiben; einmal Masern und öfters Keuchhusten. Die Keuchhustenfälle im Säuglingsalter wurden im Isolierpavillon behandelt. (Von

38 Keuchhustenfällen im Säuglingsalter sind vier gestorben. Die Kinder blieben durchschnittlich drei bis vier Monate im Pavillon.) Auch die Grippe ist kein fremder Gast in der Säuglingsabteilung, doch kann ich ihr nicht jene dezimierende Wirkung auf den Verlauf einer Ernährungsstörung beimessen, wie dies allgemein angenommen wird. Bei richtiger Disziplin des Wartepersonals gelingt es auch, sie auf ein Mindestmaß zu beschränken und auch die Ausbreitung von Kind zu Kind zu vermeiden. In einer Arbeit, „Über das Gedeihen des Säuglings in geschlossenen Anstalten“ von STRANSKY und GERSUNY Monatschrift für Kinderheilkunde, Bd. XXIII, S. 145, wird nachgewiesen, daß in unserer Anstalt pro Säugling und Jahr 2,26 bis 2,48 Grippeinfektionen zu verzeichnen sind. Diese Zahl ist als sehr niedrig zu bezeichnen, wenn sie mit anderen Literaturangaben, die durchwegs Zahlen über zehn Infektionen pro Jahr und Kopf angeben, verglichen wird. Für jeden Fall können wir dem „Hospitalismus“ keinen bestimmenden Einfluß auf die Mortalität zuschreiben.

### C) Der Pflegedienst

Der Pflegedienst ist auf folgende Weise geregelt. Der Dienst beginnt für die Schwestern um sechs Uhr Früh mit der sogenannten „Dienstübergabe“, bei welcher alle Vorfälle oder Anordnungen während der Nacht gemeldet werden. Jeder Schülerin obliegt es, vier bis fünf Kinder zu versorgen; sie ist verantwortlich für die Pflege der ihr anvertrauten Kinder; sie ist auch verantwortlich für die Ordnung in ihrer Box und für das darin enthaltene Inventar; dies hat den Vorteil, daß die Schülerin durch das „Selbstarbeiten“ die nötige Übung und das wahre Verantwortungsgefühl erhält. Selbstverständlich muß sie dabei überwacht und angeleitet werden, und dies geschieht durch die angestellten Abteilungs- und Pflegeschwestern. Auch der Abteilungsarzt und der Chef der Anstalt überwachen diesen Teil des Pflegedienstes. Nachdem frühmorgens alle Kinder gemessen, gewogen und gebadet wurden, geht es an die Verabreichung der Mahlzeiten. Diese werden bereits von sechs Uhr Früh an in der Milchküche von den dort zugeteilten Schülerinnen unter Belehrung und Aufsicht der Lehrschwester fertiggestellt, in die Flaschen gefüllt und nun abteilungsweise ausgegeben. An die Verabreichung der Mahlzeiten schließt sich die Instandsetzung der Abteilung, die mit all ihren Nebenräumen, Stillzimmer, Behandlungsraum, Teeküche, die Zeit bis zum Beginn der „kleinen Visite“, die der Abteilungsarzt auf seiner Abteilung um 1/2 9 Uhr abhält, ausfüllt. Diese Visite verbindet, entsprechend dem Zweck der Anstalt als Heil-, Fürsorge- und Lehranstalt, die Untersuchung und Behandlung der Kinder und der Mütter mit einem Unterricht für die ihr beiwohnenden Schülerinnen. Jede Schülerin muß über die in ihren Wirkungskreis fallenden Kinder selbst referieren, ihre Beobachtungen mitteilen, wobei die Lehrschwestern ihr behilflich sind, falsch Auf-

gefaßtes und Mißverstandenes richtigstellen, so daß der Arzt nicht nur ein Bild über den Zustand des Kindes, sondern auch über die Fähigkeiten, Beobachtungsgabe, Geschicklichkeit und Auffassung der Schülerin erhält. Im Anschluß an die einzelnen Fälle unterrichtet der Abteilungsarzt die Schülerin über die Pflege bei den vorliegenden Krankheitsbildern, stellt Fragen an die Schülerinnen, berücksichtigt hierbei auch die fürsorgerischen und sozialen Momente. Die notwendigen Pflegemaßnahmen werden eingehend besprochen, kleine chirurgische Eingriffe vorgenommen, wobei die Schülerin alles Notwendige vorbereiten und dem Arzt durch Reichung der Instrumente und sonstiger Pflegebehelfe behilflich sein muß. Hier hat der Arzt Gelegenheit, auch die manuelle Fertigkeit der Schwester zu überprüfen. Die Zeit zwischen der kleinen und großen Visite wird von den Schülerinnen zur Einnahme ihres zweiten Frühstückes benützt, während die Ärzte, teils die laufenden Laboratoriumsarbeiten, teils den Parteienverkehr, Aufnahmen der Kinder, teils die Ambulanzparteien erledigen. Um  $\frac{1}{2}$  11 Uhr beginnt die sogenannte „große Visite“ unter meiner Führung, bei der alle Kinderabteilungen inklusive der Milchküche besucht werden. Es ist wohl ein wechselndes Bild für denjenigen, der eine derartige Visite mitmacht. Medizinisch interessante Fälle wechseln ab mit solchen, die aus fürsorgerischen Indikationen Aufnahme gefunden hatten. Wurde beim ersten Kind z. B. über eine schwere Ernährungsstörung referiert, wurden hier wissenschaftliche Theorien erörtert, über Behandlungsarten beratschlagt, kurz, das ganze Denken ärztlich eingestellt, so veranlaßt der nächste Fall wieder Erörterungen fürsorgerischer Natur; ein anderes Kind bietet Gelegenheit, pflegerische Maßnahmen zu erörtern und dadurch wieder dem Unterricht der Schwestern gerecht zu werden. Nach eineinhalb Stunden ist die große Visite und damit der Vormittagsdienst für die Schwestern beendet, deren „Freistunde“ bis  $2\frac{1}{2}$  Uhr nachmittags währt. Selbstverständlich besteht in dieser Zeit ein „Tischdienst“, d. h. daß auf jeder Kinderstation zwei Schwestern für diese Zeit eingeteilt sind, bis die anderen zurückkehren. Etwa von 4 Uhr nachmittags an wird der praktische Dienst unterbrochen durch den theoretischen Unterricht, der zum größten Teil im Hörsaal des Hauses erteilt wird. In dieser Zeit werden die Kinder von den angestellten (diplomierten) Schwestern betreut. In diese Stunden fällt auch die Nachmittagsvisite, die auf jeder Station der Abteilungsarzt, im ganzen Haus der „diensthabende“ Arzt macht.

Von den Vorträgen zurückgekehrt, kommen die Schülerinnen zur Verabreichung der Abendmahlzeit für die Kinder. Um  $\frac{1}{2}$  8 Uhr abends findet wieder die „Dienstübergabe“ an die Nachtschwestern statt.

Auf genaue und peinliche Einhaltung der Vorschriften für den Nachtdienst wird größter Wert gelegt, und zwar deshalb, weil ja nachts so viel weniger Schwestern bei den Kindern sind, daß man von den

wenigen die genaueste Aufmerksamkeit und größte Pflichttreue verlangen muß.

In jeder Säuglingsabteilung sind zwei, auf der Kleinkinderabteilung eine Nachtschwester eingeteilt; außerdem machen ein oder zwei angestellte diplomierte Schwestern als Kontrolle ständig die Runde, um den Schülerinnen beizustehen, sie zu unterweisen und zu überprüfen. Sie werden stets von dieser herbeigeholt, wo ein Zweifel auftaucht, sie treffen Entscheidungen über plötzlich zu treffende Pflegemaßnahmen, sie entscheiden, ob und wann in kritischen Fällen der diensthabende Arzt zu holen sei. Sie tragen auch die Verantwortung für die Ereignisse der Nacht.

Auch die Ärzte haben genaue Vorschriften bezüglich des Nachtdienstes. Es werden dabei drei Visiten abgehalten. Erstens hält jeder Abteilungsarzt auf seiner Abteilung genaue Visite ab, läßt sich von den Nachtschwestern berichten und trifft eventuelle noch notwendige Anordnungen. Zweitens geht der diensthabende Arzt mit der Kontrollschwester das ganze Haus durch, von Station zu Station, sieht seinerseits besonders die schwerkranken Fälle an und trifft im Einvernehmen mit den behandelnden Abteilungsärzten die unterdessen wichtig gewordenen Anordnungen.

Und schließlich orientiere ich mich selbst auf einem Rundgang über alle Vorfälle. Dieser verschärfte Nachtdienst hat sich als sehr vorteilhaft erwiesen. Es ist wohl außer Zweifel, daß den Heilerfolgen in der Anstalt dem so organisierten Nachtdienst ein guter Teil zufällt.

Es gibt Vieles im Nachtdienst zu beobachten und zu tun. Hier verfällt ein lebensschwaches Kind infolge plötzlich eingetretener Herzschwäche, dort verschläft ein frühgeborenes Kind seine Mahlzeit, dort verlangt ein neuropathisches, höchst unruhiges Kind eine Beruhigung, dort wieder treten bei einem Kind Krämpfe auf, die rechtzeitig erkannt werden müssen, soll eine Erstickungsgefahr verhütet werden; dort wieder ist ein an Lungenentzündung erkranktes Kind mit schwerer Atemnot, der durch besondere Lagerung oder Herumtragen abgeholfen werden soll; dort wieder ein Kind, dessen Fütterung besondere Geduld erfordert. Kurz, es gibt auf Schritt und Tritt Gelegenheit zu momentanem Eingreifen und Hilfeleistungen. Dabei muß natürlich auch getrachtet werden, daß für die anderen Kinder die notwendige Nachtruhe herrscht, was auch bei einer wohlorganisierten Einteilung und pflichtgemäßen Arbeit zu erreichen ist.

Um 6 Uhr Früh beginnt wieder der Tagdienst; nach erfolgter Übergabe gehen die Nachtschwester bis 3 Uhr nachmittags zur Ruhe, um dann an den theoretischen Vorträgen teilnehmen zu können. Die Schülerinnen haben je einen Nachmittag, die Angestellten einen ganzen Tag in der Woche frei.

### D) Ein Rundgang durch die Anstalt

Um dem Leser einen flüchtigen Blick in die Anstalt zu bieten, dürfte es am zweckmäßigsten sein, ihn mit uns im Geiste einen Rundgang durch die Anstalt machen zu lassen.

Die erste Abteilung, die in Augenschein genommen wird, ist die Kleinkinderstation, die Kinder zwischen dem vollendeten ersten und sechsten Lebensjahr aufzunehmen bestimmt ist. Gleich das erste Kind, das wir sehen, ist ein 1½ Jahre altes blasses Kind, ein Rachitiker, der noch nicht läuft, kaum zu stehen vermag. Der eheliche Vater des Kindes ist Absolvent der Technik, derzeit ohne Stellung, die Mutter unter solchen nervösen Anfällen leidend, daß sie nicht imstande ist, sich der Pflege und Erziehung des Kindes zu widmen. Deshalb wurde das Kind auch von der Fürsorgerin hiehergebracht, wo es in Gesellschaft der anderen Kinder auflebt. Dieselbe Fürsorgerin ist es, die auch ein zweites Kind in die Anstalt gebracht hat, das die Mutter seinerzeit in Kostpflege gegeben hatte, in der es verwarloste; nun soll das Kind adoptiert werden, vorher aber erst in unserer Anstalt zu Kräftigung kommen. Ein drittes Kind, 3½ Jahre alt, wurde aus einer Mutterberatungsstelle geschickt, da es an Appetitlosigkeit litt und auch körperlich stark heruntergekommen war; es wog bei der Aufnahme nur 14 kg. Das nächste Kind, ein blasses, schwächliches Zwillingsskind, ist seit dem siebenten Monat als Folge einer Kinderlähmung an beiden Beinen vollkommen gelähmt.

Diese Kinder befinden sich in einem separierten Raum, dem Aufnahmszimmer, in das jedes Kind die ersten drei Wochen seines Anstaltsaufenthaltes kommt, bis festgestellt ist, daß es frei von Infektionen ist. Das nächste Zimmer, das wir betreten, ist momentan leer; denn seine Insassen befinden sich in dem hellen, großen Tagraum, in dem sie spielen, gemeinsam ihre Mahlzeiten einnehmen usw. Nach dem Mittagessen werden sie für zwei Stunden ins Bett gelegt; an schönen Tagen kommen die Kinder in den Garten, während sie bei Regenwetter und in der kalten Jahreszeit warm bekleidet werden, als ob sie spazieren gehen würden und dann bei offenen Fenstern doch die Vorteile der frischen Luft genießen. Dieser Zimmerspaziergang ist zur festen Regel in der Anstalt geworden.

Unter diesen Kindern fällt uns gleich eines mit einer Gipshose auf; es wurde auf der orthopädischen Universitätsklinik operiert, und da es recht herabgekommen war, in die Anstalt aufgenommen.

Wieder ein anderes Kind fand Aufnahme, weil seine Mutter in der Heilanstalt „Am Steinhof“ sich befindet. Ein nächstes wurde von der Mutter wegen eines hartnäckigen Gesichtsekzems in die Anstalt gebracht; das Ekzem ist zum größten Teil geschwunden. Wieder ein anderes wurde gebracht, weil die Eltern wohnungslos sind, dabei ist das Kind anämisch und appetitlos. Die Appetitlosigkeit der Klein-

kinder, meistens durch falsche Ernährung und ungeeignete erzieherische Behandlung hervorgerufen, stellt überhaupt eine der häufigsten Aufnahmegründe in unsere Anstalt, die sich auch gerade für solche Fälle schon einen gewissen Ruf erworben hat, dar. Die Kinder, durch Milieuwechsel und richtige Ernährung beeinflußt, beginnen bald befriedigend zu essen und Hand in Hand damit heben sich ihr Ernährungszustand und ihre Resistenz.

An dieses Zimmer anschließend, aber von ihm streng separiert, befindet sich das Zimmer der Pirquet-positiven Kleinkinder. Es ist das hellste, luftigste Zimmer, dessen Wände zum großen Teil aus Glas, nach Südosten gerichtet sind.

Das erste Kind, das uns hier begegnet, ist ein ungemein zartes, blasses Kind, dessen Eltern von einer tuberkulösen Infektion nichts ahnten und darüber erst im Ambulatorium der Anstalt aufgeklärt worden waren. Die Besorgnis der sehr nervösen Eltern, das Kind würde in der Anstalt unter Heimweh leiden, erwies sich als grundlos, da es mit Altersgenossen sofort zu spielen begann.

Das nächste Kind, zwei Jahre alt, ist das Kind tuberkulöser Eltern, die schon zwei Kinder an Meningitis tuberculosa verloren hatten und nun dieses in die Mutterberatungsstelle brachten, wo eine beiderseitige Otitis media (Mittelohrentzündung) und auch die tuberkulöse Infektion konstatiert wurde. Auch beim nächsten Kind, ein fünf Jahre altes Mädchen, brachte die Untersuchung Aufklärung, daß eine Bronchialdrüsentuberkulose vorliegt. Ein vierjähriger Knabe, der unter Fieber und den klinischen Symptomen einer Bronchialdrüsentuberkulose aufgenommen worden war, hat sich zu einem wunderschönen lustigen Kind entwickelt und nur die positive Tuberkulinreaktion und eine leichte Schallverkürzung über dem Lungenherd lassen auf die bestehende Tuberkulose schließen.

Außer diesen großen Zimmern sind noch zwei kleine Isolierzimmer auf der Station, deren eines derzeit belegt ist. Es handelt sich um einen besonders traurigen Fall. Es ist das fünfte Kind schon bejahrter Eltern, die ihre anderen vier Kinder sämtlich bereits an Tuberkulose verloren hatten. Dieses, ihr jetzt einziges Kind, wurde mit einer schweren Otitis media tuberculosa eingebracht, an die sich bald eine schwere Pneumonie anschloß, an der das Kind derzeit leidet; das Kind ist teils der Infektiosität, teils der größeren Ruhe wegen isoliert und bekam eine eigene Schwester zugeteilt, die für kein anderes Kind zu sorgen hat, als für dieses.

Von der Kleinkinderstation geht nun die Visite in die Milchküche weiter, die um diese Zeit in voller Tätigkeit gefunden wird. Acht Schülerinnen sind eben dabei beschäftigt, unter Leitung der Lehrschwestern, die Nahrungen zuzubereiten. Andere wieder füllen sie in die sterilisierten Flaschen ein. Von den Abteilungen kommen die Schülerinnen herunter, um die Mahlzeiten für die Kinder in Empfang

zu nehmen. Anlässlich der Visite werden die Schülerinnen befragt über die einzelnen bei der Zubereitung der Nahrungen in Betracht kommenden Details. Auch der Kühlraum, in dem die Nachmittags-, Abend- und Nachtmahlzeiten in ständig fließendem Wasser gekühlt stehen, wird inspiziert. Nun werden die Säuglingsstationen in Augenschein genommen.

Die drei Säuglingsstationen enthalten je sieben Boxes und drei bis vier Mutterzimmer; in jeder Box ist Raum für fünf Säuglinge.

Auch hier hat jedes Kind seine Geschichte. Hier sehen wir gleich ein Kind, das mit der Mutter Aufnahme gefunden hatte, da letztere an einer Mastitis erkrankt war. Die Mastitis wurde operiert, und zwar derart, daß auch auf der erkrankten Brust die Weiterstillung ermöglicht wurde. So gelingt es meistens, dem Kind die Mutterbrust zu erhalten und damit oft genug sein Leben zu retten. Bei dem vorliegenden Fall ist die Erhaltung der Stillung von besonderer Bedeutung, da das Kind an einem Pylorospasmus leidet, der, nachdem sämtliche übliche Medikationen ohne Erfolg geblieben waren, der Operation zugeführt werden mußte; der bisherige Verlauf ist ein günstiger und man darf hoffen, daß das Kind gerettet werden wird. Das nächste Kind ist eine Frühgeburt, die durch Kaiserschnitt entbunden werden mußte; die Mutter konnte das Kind nicht stillen, da sie wegen eines Lungen- und Herzleidens im Spital liegt. Sein Gewicht beträgt 1850 g, dennoch trinkt das Kind an der Brust einer Frau, die sich zum Stillen bereit erklärt hatte und gedeiht tadellos. Die Temperaturregulierung dieses, wie aller frühgeborenen Kinder geschieht mittels des von mir angegebenen Wärmeschirmes (siehe Mediz. Klinik Nr. 47, 1925) für Frühgeborene, unter dem die Kinder solange verbleiben, bis sie ihre Temperatur selbsttätig zu regulieren vermögen.

Auch das nächste Kind ist ein Frühgeborenes mit 1900 g Geburtsgewicht, das unterkühlt in die Anstalt aufgenommen wurde. Bei der Mutter fanden sich die Brüste infolge zu geringer Inanspruchnahme gestaut, so daß die Gefahr bestand, daß die Tätigkeit der Drüsen sich zurückbilden könnte. Durch regelmäßiges Abpumpen wurde erzielt, daß das Kind immer größere Mengen zu trinken vermag. Ein anderes Kind wieder, daß vorzeitig wegen angeblicher Hypogalaktie der Mutter abgestillt worden war, wurde mit schwerer Ernährungsstörung, ein nächstes infolge Unterernährung im Hungerzustand aufgenommen. Wieder ein anderes zeigt das schwere Krankheitsbild einer Knochenmarkentzündung (Osteomyelitis) und fiebert bis 39°; ein anderes wieder wurde mit einer schweren Schälfflechte (Dermatitis exfoliativa Ritter), eingebracht, die unter Wärmeschirmbehandlung und Bluttransfusion (Blutspenderin die eigene Mutter) in Rückbildung begriffen ist. Hier wieder eine Frühgeburt mit 1500 g Geburtsgewicht, dort ein Kind, das in häuslicher Umgebung nicht gedieh, in atrophischem Zustand in die Anstalt gebracht wurde und nun ein ausgezeichnetes

Gedeihen aufweist. Hier finden wir ein Kind, das vor vier Monaten in elendem Ernährungszustand (vier Wochen alt, Gewicht 2330 g) aufgenommen worden war und nun ein gut zunehmendes Kind geworden ist. Dann folgt eine Reihe von Ernährungsstörungen verschiedener Grade, verschiedenen Alters, dann wieder ein Kind, dessen Mutter beruflich verhindert ist, es selbst zu pflegen, daneben ein bei der Aufnahme 2 $\frac{1}{2}$  Monate alter Säugling mit vollständigem Wolfsrachen, der erst dann operiert werden kann, wenn das Kind in seinem Ernährungszustand gebessert ist.

In der nächsten Box betrachten wir ein Kind, das im Alter von zwei Tagen bei uns Aufnahme gefunden hatte, weil die Mutter bei der Geburt gestorben war; für derartig traurige Fälle ist unsere Anstalt stets bereit, zu sorgen. Auch werden diese Kinder von anderen Müttern gestillt, so weit diese dazu in der Lage sind.

Auf der nächsten Abteilung dasselbe Bild und ähnliche Vorgeschichten. In der ersten Box ein frühgeborenes Kind (Geburtsgewicht 1750 g), das an schwerem Augentripper (Gonoblennorrhoe) erkrankt und in der Anstalt behandelt worden war; die Erkrankung ist vollständig zurückgegangen, das Kind entwickelt sich an der Mutterbrust prächtig; daneben ein Kind, dessen Mutter eine Heilstätte aufsuchen mußte; aus demselben Grunde wurden zwei rachitische und anämische Zwillingskinder, die sich ausgezeichnet erholen, aufgenommen.

Hier ein im Alter von elf Tagen aufgenommenes frühgeborenes Kind einer etwa 40 Jahre alten und milcharmen Mutter, neben einem schwer exsudativen Kind, dessen Mutter ebenso wie seine Großmutter an Bauchtyphus vor kurzem gestorben sind; dasselbe traurige Schicksal bei einem Kind, dessen Mutter an Magenkrebs gestorben ist. Ein anämisches Kind mit Rachitis von einer Mutterberatungsstelle zugewiesen, wird derselben bald wieder geheilt überwiesen werden können. Und nun zwei Kinder, Geschwister, die in Wien wohl Unica darstellen dürften; es sind Chinesenkinder. Der Vater, Universitätsprofessor, befand sich mit seiner Frau in Wien, als diese von einer Frühgeburt überrascht wurde, die die Eltern zu längerem Aufenthalt nötigte; die Mutter konnte das Kind nicht stillen, so daß wir es allein aufnahmen; es ist nun 15 Monate alt und ein intelligentes, gut entwickeltes Kind. Der Vater blieb etwa ein halbes Jahr in Wien, kehrte dann zurück und ließ jedoch Frau und Kind in Wien; unterdessen war die Mutter gravid geworden und fand nun mit dem zweiten neugeborenen Kinde, das sie trotz einer bestehenden Hohlwarze stillt, in der Anstalt Aufnahme. Die Mutter fühlt sich außerordentlich wohl und ihre Kinder sind die Lieblinge auch der anderen Mütter.

Das Kind eines der Opfer der Gießhübler Typhusepidemie, seit Monaten in der Anstalt, hat sich ebenso schön entwickelt wie sein Nachbar, ein elend atrophisches Kind, das der Privatarzt in die Anstalt geschickt hatte. Hier ein Kind, das die Mutter schlechter Wohnungs-

verhältnisse halber nicht zu Hause halten konnte; ein anderes mit einer schweren Ernährungsstörung. Das nächste Kind wurde wegen Mastitis der Mutter und Operation derselben abgestellt und geriet bei künstlicher Ernährung in einen atrophischen Zustand, der zur Aufnahme Anlaß gab.

Ein Kind mit mongoloider Idiotie wird aus sozialen und auch aus didaktischen Gründen in der Anstalt gepflegt, da es wichtig erscheint, daß die Schülerinnen auch die Pflege solcher geistig debiler Kinder erlernen.

Die nächste Box beherbergt vier Kinder mit kongenitaler Syphilis. Eines davon war schon längere Zeit in ambulatorischer Behandlung eines Spitals, das das Kind dann zur Aufnahme in die Anstalt gewiesen hatte.

Ein anderes war mit Zeichen schwerer Lues (Rhagaden, Milz- und Lebertumor, glänzende Fußsohlen, Cubitaldrüsen) eingeliefert worden, ohne daß eine Behandlung eingesetzt hätte. Bei kombinierter Salvarsan-quecksilberbehandlung wurden die floriden Erscheinungen bald zum Verschwinden gebracht. Die zwei anderen Kinder befinden sich am Wege der Heilung.

Begeben wir uns nun auf die höchst gelegene Abteilung, so gelangen wir zunächst in die Box für tuberkulöse Säuglinge. Im Frühling, Sommer und Frühherbst befinden sich die Kinder auf einer eigenen Dachstation, den ganzen Tag im Freien und erholen sich dabei prächtig; aber auch im Winter, wo die Dachstation gesperrt und die Kinder in einer Box untergebracht sind, läßt das Gedeihen meist nichts zu wünschen übrig, um so mehr, als durch ausgiebigen Aufenthalt der Kinder auf der Loggia für die entsprechende Freiluftbehandlung gesorgt wird. Das erste Kind, das wir sehen, war im Alter von sechs Wochen aufgenommen und vier Wochen hindurch von der tuberkulösen Mutter gestillt worden. Die Mutter wurde in einem Spital, das Kind bei uns aufgenommen, wo die positive Tuberkulinreaktion nun bald auch die beim Kind schon frühzeitig stattgefundene Infektion verrät. Im Verlauf der Zeit waren beim Kind auch Hauttuberkulide aufgetreten; trotz allem gedeiht das Kind bis jetzt befriedigend.

Beim nächsten Kind ist es wieder der Vater, der an Lungen- und Bauchfelltuberkulose leidet und derzeit an einer Hämoptoe erkrankt ist; auch sein sechsjähriges Kind ist tuberkulös. Das bei uns aufgenommene Kind ist seit dem sechsten Monat Pirquet-positiv, jetzt ist es dreizehn Monate alt und fiebert ständig bei deutlich nachweisbaren Lungeninfiltrationen. Die Kinder werden in regelmäßigen Intervallen röntgenologisch untersucht.

Die in den anderen Boxen untergebrachten Kinder dieser Abteilung wurden aus ähnlichen Gründen wie die früher geschilderten Kinder aufgenommen. Hier finden wir eines, das eine schwere Lungenentzündung durchgemacht hat, während die Mutter gleichzeitig wegen Brustschunden bei uns Aufnahme gefunden hat. Ein anderes Kind

ist gesund, doch wurde die Mutter an Mastitis operiert und steht noch in weiterer Behandlung. Wieder ein anderes Kind leidet an asthmaähnlichen Anfällen, die mit beängstigender Atemnot und Lufthunger einhergehen. Hier ein Kind, das infolge unzweckmäßiger Abstillung zu Hause dyspeptisch geworden war und nun am Wege der Heilung sich befindet. Daneben eine Mißgeburt, ein neugeborenes Kind, bei der die Blase und die inneren Geschlechtsorgane vorgefallen sind. Hier finden wir wieder eines, das mit seiner Mutter wegen plötzlicher Delogierung und Unterstandslosigkeit Aufnahme finden mußte; daneben eine kleine Frühgeburt.

Ein anderes Kind wurde wegen einer schweren Ernährungsstörung, die nach plötzlicher Abstillung aufgetreten war, von der Fürsorgerin aus Hainburg an der Donau gebracht. Es hat sich hier sehr gut erholt. Beim nächsten Kind besteht eine Epidermolysis. Es liegt unbekleidet unter dem Wärmeschirm, der eine trocknende Wirkung ausübt. Hier ein junges Brustkind, das von der Mutter gebracht wurde, weil sie durch Nervosität außerstande war, das Kind regelmäßig zu nähren und zu pflegen; in der Anstalt hat sie genügend Ruhe gefunden und damit die Möglichkeit, ihr Kind weiter selbst pflegen zu können. Auch hier finden wir wieder ein Kind, dessen Mutter gestorben ist und das nun seit drei Monaten in der Anstalt ist. Und dann noch Kinder (Zwillinge), die schwer septisch aus Klosterneuburg gebracht wurden und anfangs einen hoffnungslosen Eindruck machten; durch entsprechende Behandlung und Ernährung sind diese Kinder nun so weit gediehen, daß sie bald häuslicher Pflege übergeben werden können. In derselben Box ein Kind, dessen Arm durch Kinderlähmung gelähmt ist.

Schließlich begeben wir uns auch in eines der Mutterzimmer, in dem eine an Grippe leicht erkrankte Mutter liegt. Die Mutterzimmer sind groß, hell, oft dreifenstrig und bieten genügend Platz für vier bis sechs Mütter. In einem der Mutterzimmer, liegen zwei Mütter, die wegen eitriger Mastitis operiert wurden. In einem anderen liegt eine noch an Blutungen leidende Mutter, die vor vierzehn Tagen geboren hatte und in sehr anämischen Zustand eingebracht wurde. Die kranken Mütter werden von den Schwestern gepflegt.

### E) Betriebsaufwand

Die Einnahmen für den Betriebsaufwand setzen sich zusammen aus den Verpflegungsgeldern, aus den Schulgeldern und aus der staatlichen Subvention durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung.

Im nachfolgenden seien die letzten drei Betriebsjahre kurz zusammengefaßt, da erst nach Stabilität der österreichischen Währung sich ein klares Bild entwerfen läßt. Dazu kommt, daß in den vorausgegangenen Jahren der Betrieb vielfach durch fremdländische Spenden wesentlich unterstützt wurde. In den letzten drei Jahren sind fremdländische Spenden vollkommen ausgeblieben.

Die Einnahmen aus Verpflegs- und Schulgeldern betragen in den letzten drei Jahren zusammen ..... S 497.084·68  
 die staatlichen Subventionen betragen ..... „ 240.000—  
 die Ausgaben betragen in den drei Jahren ..... „ 719.633·23  
 so daß von den Ausgaben durch die Verpflegs- und Schulgelder 68% gedeckt waren. Im Jahre 1923 wurden 56%, im Jahre 1924 77%, und im Jahre 1925 70% aller Ausgaben durch die Einnahmen gedeckt.

Dieses relativ sehr günstige Resultat ist vornehmlich darauf zurückzuführen, daß der gesamte Betrieb mit größter Sparsamkeit durchgeführt wird und nicht zuletzt auf den Umstand, daß sowohl die ärztliche als auch administrative Leitung in einer Hand vereinigt sind, und daß das gesamte Haus derart geleitet wird, daß alle Angestellten vom gleichen Interesse einer sparsamen und rationellen Betriebsführung beseelt sind.

Es wird schon bei der Aufnahme jedes Kindes darauf gesehen, daß die Verpflegskosten gedeckt werden. In weitaus der Mehrzahl der Fälle zahlen die Krankenkassen die üblichen Verpflegskosten. Dies muß deswegen besonders hervorgehoben werden, als diese Leistungen der Krankenkassen durchwegs freiwillige sind. Im Jahre 1925 z. B. waren 58% der Aufnahmen Krankenkassenkinder. Es entfielen auf den Verband der Krankenkassen 39%, auf die übrigen Krankenkassenverbände 19%.

Es gereicht der Anstaltsleitung zur besonderen Genugtuung, daß die Vorstände der einzelnen Krankenkassen der Anstalt großes Vertrauen entgegenbringen und zur Betriebserhaltung wesentlich beitragen. Von den übrigen Kindern entfielen im Jahre 1925 34% auf Selbstzahler und 8% auf Vereine und Jugendfürsorgebehörden. Ungefähr 10% der Fälle sind Kinder, bei denen entsprechend den besseren Vermögensverhältnissen der Eltern rund der doppelte Verpflegsbeitrag verlangt wird. In der Pflege und Behandlung wird kein Unterschied gemacht. Bis auf diese Fälle sind die allgemeinen Verpflegskosten wesentlich niedriger als die wirklichen Kosten. Das sich ergebende Defizit wird durch die staatliche Subvention gedeckt.

Ich benütze die Gelegenheit, um dem Bundesministerium für soziale Verwaltung, vor allem den Herren Ministern Dr. J. RESCH, R. SCHMITZ und Dr. F. PAUR, ferner den mit den Angelegenheiten der Reichsanstalt betrauten Beamten dieses Ministeriums, insbesondere den Herren Sektionschefs Dr. J. HALUSA, Dr. K. HELLY und Dr. TH. SCHERRER, und den Herren Ministerialräten Dr. R. KRASSNIG und Dr. F. GUNKEL, und nicht zuletzt dem seit Betriebsbeginn tätigen ärztlichen Referenten Ministerialrat Dr. A. FORAMITTI, den wärmsten Dank für die Förderung der Anstalt zu sagen.

Auch ist es mir eine angenehme Pflicht, meinen Mitarbeitern, den Anstaltsärzten (Assistenten Dr. EUGEN STRANSKY, Dr. OSKAR LOEWY

und Dr. JULIUS FRANKE) und der Schwesternschaft, vor allem der Oberschwester KLARA BERTHA und den langjährig tätigen Lehrschwestern MARIE STUMPE, ELISABETH GABRIEL, MARIANNE OBRIST, GERTRUD IRMLER und ANNA NESTLER, und ebenso der Buchhaltung (erste Buchhalterin Frl. MARIA KOLARZ) und dem Wirtschaftspersonal (Leiterin Frl. LUDMILLA MAYER) für das einträchtliche und hingebungsvolle Wirken im Dienste der Anstalt meinen Dank zu sagen.

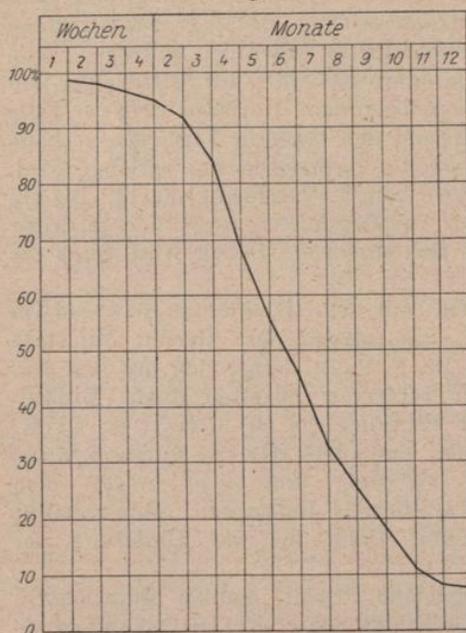
Hiebei wollen wir auch der in den früheren Jahren in der Anstalt tätig gewesenen Assistenten Dr. MARIA FRANK, FRITZ WENGRAF, KARL BARCHETTI, OTTO GERSUNY, BERTA HACKEL, MARIANNE SCHWARZALLINA und der früheren Oberschwestern ANNY TAUSCHE, LEONIE BÜCHI-ZIMMERMANN und HILDE HEINRICH sowie der Lehr- und Pflege-schwestern dankend gedenken.

### F) Offene Fürsorge

In die Mutterberatungsstelle, die in einem eigenen kleinen Gebäude der Anstalt untergebracht ist und welche bisher zugleich eine Fürsorge-stelle des Vereines Kriegspatenschaft war, kommen jährlich viele Mütter mit ihren Kindern und finden daselbst Rat über die Pflege, Ernährung und Erziehung der Kinder. An drei Nachmittagen findet die Mutterberatung statt, die drei anderen Nachmittage dienen der Untersuchung jener Kinder, welche sich zu Erholungs-fürsorge melden. Im letzten Jahr wurden 5000 Kinder untersucht. Hierüber näheres im folgenden Bericht über die „Vereinigten österr. Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder“.

Tabelle 7

Von 100 gestillten Säuglingen wurden gestillt:



Im Laufe des Berichtsjahres 1925 wurden 837 Kinder mit ihren Müttern in unsere offene Fürsorge aufgenommen. Über 90% der Kinder werden gestillt. Kranke Kinder werden zum Teil in die Anstalt aufgenommen, zum Teil der Ambulanz für kranke Kinder der Anstalt zugewie-

sen, die vormittags in den gleichen Räumen von den Anstaltsärzten abgehalten wird.

Um über die Stilldauer einen genauen Einblick zu bekommen, ist es am zweckmäßigsten, nur jene Kinder zu registrieren, welche im Berichtsjahr ständig in Beobachtung blieben und das erste Lebensjahr erreicht haben.

Von 166 Säuglingen, welche in der Zeit vom 1. Oktober 1924 bis 30. September 1925 das erste Lebensjahr erreicht hatten und diese Zeit hindurch in Fürsorge standen, wurden:

151 Säuglinge = 90,9% gestillt,

15 „ = 9,1% künstlich ernährt.

Es wurden von diesen 151 Säuglingen (s. Tabelle 7):

149	Säuglinge	= 98,7 %	über 2 Wochen	gestillt
145	„	= 96,0 %	„ 3	„ „
144	„	= 95,3 %	„ 4	„ „
142	„	= 94,0 %	„ 5	„ „
141	„	= 93,3 %	„ 6	„ „
139	„	= 92,0 %	„ 2—3	Monate gestillt
127	„	= 84,1 %	„ 3—4	„ „
105	„	= 69,5 %	„ 4—5	„ „
85	„	= 56,2 %	„ 5—6	„ „
70	„	= 46,3 %	„ 6—7	„ „
50	„	= 33,1 %	„ 7—8	„ „
38	„	= 25,1 %	„ 8—9	„ „
28	„	= 18,5 %	„ 9—10	„ „
17	„	= 11,1 %	„ 10—11	„ „
12	„	= 7,9 %	„ 11—12	„ „
11	„	= 7,3 %	„ ein Jahr	gestillt.

In der Zeit vom 1. Oktober 1924 bis 30. September 1925 wurden in unserer Mutterberatungsstelle 837 Kinder befürsorgt.

Davon waren: 451 Säuglinge und  
386 Kleinkinder.

Die Besuchsfrequenz betrug bei den Säuglingen 2553, bei den Kleinkindern 994.

Während der genannten Zeit wurden von den Anstaltsschwestern 1063 Hausbesuche gemacht. Jene Mütter, deren Kinder bereits ein Jahr in Fürsorge standen, kamen mit den Säuglingen durchschnittlich 18 bis 20mal in die Mutterberatungsstelle, mit den Kleinkindern 10 bis 12mal im Jahr.

Von 451 Säuglingen wurden aufgenommen:

	9 im Alter von	1 Woche
59	„ „	2 „
55	„ „	3 „
69	„ „	4 „
35	„ „	5 „
48	„ „	6 „

Tabelle 8. Durchschnittliches Gewicht in Kilogramm am Ende des

	1. J.	2. J.	3. J.	4. J.	5. J.	6. J.
20						
19						
18					17,65	
17					17,50	
16				16,26		
15				16,10		
14			14,45			
13			14			
12		12,45				
11		12				
10	9,95					
9	9,70					
8						
7						
6						
5						
4						
3						
2						
1	120	25	18	13	7	

60 im Alter von 2 Monaten

36	„	„	„	3	„
29	„	„	„	4	„
19	„	„	„	5	„
11	„	„	„	6	„
4	„	„	„	7	„
9	„	„	„	8	„
2	„	„	„	9	„
2	„	„	„	10	„
3	„	„	„	11	„
1	„	„	„	12	„

Von diesen 451 Säuglingen wurden 408 = 90,4 % gestillt, 43 künstlich genährt.

Von 120 einjährigen Kindern haben im ersten Lebensjahr zugenommen:

2 Kinder	....	4,0 kg
6	„	4,5 „
6	„	5,0 „
8	„	5,5 „
26	„	6,0 „
15	„	6,5 „
30	„	7,0 „
15	„	7,5 „
7	„	8,0 „
5	„	8,5 „

Zusammenfassend ergibt die geschilderte Übersicht ein gutes Resultat in Hinsicht der Stillhäufigkeit und Stlldauer. Dementsprechend ist auch die Entwicklung der Kinder im Säuglingsalter eine ganz ausgezeichnete. Allerdings kommt als wesentliches Moment in Betracht, daß bis auf 9% der Mütter, welche unsere Mutterberatungsstelle besuchen, dem außerhäuslichen Erwerb fernbleiben und sich den häuslichen Arbeiten und der Pflege des Kindes widmen können.

Auch mit den im Säuglingsalter erreichten Gewichtszunah-

men können wir sehr zufrieden sein. Etwas weniger günstig, doch immerhin zufriedenstellend, gestaltet sich die Entwicklung im Kleinkindesalter. Die Gewichtsverhältnisse stehen in den ersten drei Lebensjahren um ein Geringes hinter den Grundzahlen nach PIRQUET-CAMERER zurück (siehe Tabelle 8).

Das durchschnittliche Gewicht eines einjährigen Kindes unserer Fürsorge betrug 9700 g; eines zweijährigen Kindes 12.000 g; eines dreijährigen Kindes 14.000 g; eines vierjährigen Kindes 16.260 g; eines fünfjährigen Kindes 17.650 g.

Aus einer Zusammenstellung von PELLER und STRANSKY (Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 21. 1924), in welcher das Material unserer Mutterberatungsstelle näher bearbeitet wurde, geht hervor, daß auf eine Wohnung in unserem Fürsorgematerial 3,88 Personen, darunter 2,08 Erwachsene und 1,8 Kinder entfallen. Das ist ein relativ nicht ungünstiges Ergebnis. Der Ernährungszustand der Mütter hat sich zwar etwas gehoben, ist aber keineswegs so befriedigend, wie er in der Vorkriegszeit war. Ich habe schon seit Jahren eingeführt, daß auch die Mütter in der Beratungsstelle regelmäßig gewogen werden. Aus der oben zitierten Mitteilung geht hervor, daß 45,3% der Mütter eine durchschnittliche Gewichtsabnahme von 3,0 kg erleiden, nur 22,8% eine Durchschnittszunahme von 3,2 kg aufzuweisen haben, und bei 30,9% das Gewicht unverändert konstant bleibt.

Dank der großen Stillhäufigkeit ist das Gedeihen der Kinder, wie schon bemerkt, als ein sehr gutes zu bezeichnen. Das soll deswegen besonders hervorgehoben werden, weil das Durchschnittsgewicht der aufgenommenen Säuglinge unter der Norm liegt. So wurde festgestellt, daß das Durchschnittsgewicht der zwei Wochen alten Säuglinge nur 3133 g, der drei Wochen alten 3220 g beträgt. Am Ende des ersten Lebensjahres erreichen die Kinder durchschnittlich ein Gewicht von 9700 g. Bei 80% der Säuglinge waren keine Gesundheitsstörungen zu verzeichnen. Bei 8% wurde leichte Rachitis konstatiert, in 3% der Fälle Dyspepsie, in 2% fieberhafte Erkrankungen der Luftwege, 2% Infektionskrankheiten, 1% Tuberkulose, 2% sonstige Erkrankungen. Im allgemeinen ein günstiges Resultat. Keineswegs leicht erzielt, sondern durch jahrelange Aufklärungsarbeit, durch die Ärzte und Schwestern der Anstalt. Die Mütter wurden erzogen, mit ihren Säuglingen und Kindern in die Beratungsstelle zu kommen. Sie betrachten es heute als eine Selbstverständlichkeit, den Rat und das Urteil unserer Stelle einzuholen. Daß diese Belehrung, die auch durch Verteilung unseres Merkbüchlein (MOLL, Säugling und Kleinkind, F. Deuticke, Wien) unterstützt wird, nicht nutzlos geschieht, geht am besten hervor, wenn die Mütter mit dem zweiten und dritten Kind in die Beratungsstunde kommen. So wird systematisch Volksaufklärung betrieben. Die Mütter erkennen den Wert der Beratung und kommen derentwegen weiter noch zu uns, obzwar wir nicht mehr wie früher in der Lage sind, Lebens-

mittel, Wäsche und Pflegebehelfe zu verteilen. Wir trachten aber weiter, den Müttern in diesen Belangen verschiedene Erleichterungen zu verschaffen.

Besonders ist es uns eine Freude, daß die Mütter gewöhnt sind, in die Beratungsstelle zu kommen und auch weiterhin ihre Besuche fortsetzen, auch wenn das Kind das erste Lebensjahr bereits überschritten hat. Gerade die Aufklärungsarbeit im Kleinkindesalter ist eine recht intensive geworden und wenn sich auch ihre Resultate nicht leicht erfassen lassen, so ist schon aus dem Umstand, daß fast die Hälfte aller Fälle dem Kleinkindesalter angehören, zu entnehmen, daß auch diese Fürsorgearbeit von den Eltern gewürdigt wird.

---

**Verzeichnis und kurze Inhaltsangabe der aus der Reichsanstalt für  
Mutter- und Säuglingsfürsorge bisher erschienenen  
wissenschaftlichen Arbeiten**

AMBROZIEČ, M.: Zur milchlosen (Pudding-)Therapie akuter Ernährungsstörung im Säuglingsalter. Ges. f. inn. Med. und Kinderheilk., Wien, 14. April, Wien. med. Wochenschr., H. 34. 1921. — DERSELBE: Heilungsvorgang eines schweren Barlow bei eingekochter Milch als Doppelnahrung nach NOBEL. Ges. f. inn. Med. und Kinderheilk., Wien, 19. Mai 1921. (Wien. med. Wochenschr., H. 38. 1921.) — DERSELBE: Zur Frage der Nahrungsbemessung bei untergewichtigen Säuglingen, zugleich eine Vergleichsstudie zwischen der HEUBNERSchen und PIRQUETSchen Dosierungsart. Zeitschr. f. Kinderheilkunde, Bd. 32, S. 248—270. 1922. — DERSELBE und FRITZ WENGRAF: Über Rachitis und Wachstum, III. Mitteilung. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 34, S. 24—41. 1922. (Experimentelle Tieruntersuchungen: die Rachitis ist eine Hypovitaminose, die eine Kalkstörung bedingt.) — BARCHETTI, KARL: Über Säuglinge tuberkulöser Mütter. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 22, H. 6. 1921. (27% der gesund geborenen Säuglinge, die von ihren Müttern getrennt bleiben, bleiben frei von Tuberkulose.) — DERSELBE: Beitrag zur Klinik der Tuberkulose im Säuglingsalter. Wien. klin. Wochenschrift, H. 35. 1923. (Bei einem vier Monate alten Säugling setzt eine Bronchialdrüsentuberkulose und eine epituberkulöse Infiltration des rechten Oberlappens ein. Trotz schwerer Symptome wird das Kind gesund und bleibt während einer Beobachtung von drei Jahren gesund.) — FRANK, MARIA: Beitrag zur Klinik und zum Stoffwechsel der MÖLLER-BARLOWSchen Krankheit. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 91, S. 21—42. 1920. (Stoffwechselversuche an zwei kranken Säuglingen ergeben im Frühstadium der Krankheit eine starke Aschenretention, im Stadium der Heilung eine starke Kalkausscheidung.) — HACKEL, BERTA: Klinischer Beitrag zur Erythrodermia desquamativa Leiner. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 23, S. 197—200. 1922. (Hämatologische Untersuchungen ergeben eine ständige Vermehrung der weißen Blutkörperchen bei der Krankheit. Vermehrung derselben prognostisch ungünstig, Verminderung günstig, keine Eosinophilie.) — MOLL, LEOPOLD: Aufgaben der Mutter- und Säuglingsfürsorge. Wien 1916. (Erziehung des Volkes zur hygienischen Lebensweise, Errichtung von Mutterberatungsstellen, Ausgestaltung der offenen und geschlossenen Fürsorge.) — DERSELBE: Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien. Zeitschr. f. Kinderschutz und Jugendfürs., Bd. 9, H. 2. 1916. (Bericht über das erste Betriebsjahr der Reichsanstalt.) — DERSELBE: Mutter- und Säuglingsschutz in der Kriegszeit. Das österreichische Sanitätswesen, Jg. 28, H. 9/12. 1916. (Beschreibung der Tätigkeit der Kriegspatenschaft als Mutter- und Säuglingsfürsorge im Kriege.) — DERSELBE: Die Säuglingsfürsorgerin mit

Berücksichtigung ihrer Ausbildung in der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Kinderschutz und Jugendfürs., Jg. 10, H. 98, 1916. (Bericht über den Lehrgang der Fürsorgerinnenschule in der Reichsanstalt, Beschreibung ihres Wirkungskreises.) — DERSELBE: Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Österreich mit besonderer Berücksichtigung der Säuglingstuberkulose. Das österreichische Sanitätswesen, Jg. 30, 1918 (Bericht über die Säuglingssterblichkeit und Stillfrequenz und Stilldauer. Beschreibung der Tätigkeit der Mutterberatungsstellen. Die Frage des einheitlichen Ausbaues der ärztlichen Fürsorge durch Ausbildung der Ärzte auf diesem Gebiete. Die Reichsanstalt als Lehranstalt für Fürsorgerinnen. Die Wichtigkeit der Tuberkulosefürsorge. Trennung des gesunden Kindes von der kranken Mutter.) — DERSELBE: Vier Jahre Säuglingsfürsorge der Kriegspatenschaft. Zeitschr. f. Kinderschutz und Jugendfürs. Jg. 11, H. 1/2, 1919. (Organisation, Bericht.) — DERSELBE: Vier Jahre ärztliche Fürsorgearbeit in der Kriegspatenschaft, nebst kurzen Bemerkungen zu einem Vorschlag der Mutterräte. Wien. klin. Wochenschr., Jg. 32, H. 1, 1919. Organisation, Bericht. Notwendigkeit der hygienischen Aufklärung des Volkes durch entsprechend geschulte Ärzte.) DERSELBE: Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien. Veröff. d. Volksgesundheitsamtes im deutschösterreichischen Staatsamt für soziale Verwaltung. Wien 1919. (1. Geschichte der Anstalt. 2. Bau der Anstalt. 3. Betrieb der Anstalt. 4. Die Pflegeschule. 5. Die Mutterberatungsstelle. 6. Organisationsarbeit.) — DERSELBE: Über die Notwendigkeit der Ausbildung der Studierenden und Fortbildung der Ärzte in der Säuglingsheilkunde, Säuglings- und Kinderfürsorge. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 32, H. 26. — DERSELBE: Die Impfung an der Brusthaut. Ges. d. Ärzte in Wien 4. April 1919. (Bericht in der Wien. klin. Wochenschr., H. 16, 1919.) — DERSELBE: Beitrag zur Aufzucht frühgeborener Kinder. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 21, S. 329—348, 1919. (Schilderung eines Wärmeschirmes für frühgeborene Kinder. Ernährungstherapie des frühgeborenen Kindes, Zufütterung von salzreicher Molke zur Frauenmilch.) — DERSELBE: Die Behandlung des Pylorospasmus der Säuglinge mit milchharmer Breikost. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 22, S. 147—156, 1919 (Diätetische Behandlung des Pylorospasmus mit einer breiartigen, anfangs milchlosen, später milch-arm zubereiteten Kost.) — DERSELBE: Zur Pflege und Ernährung frühgeborener Kinder. Wien. klin. Wochenschr., Jg. 32, H. 3, 1919. (Siehe Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 21.) — DERSELBE: Drei Fälle von Säuglingstuberkulose. Ges. d. Ärzte in Wien, 4. April 1919. (Gutes Gedeihen frühinfizierter Säuglinge. Referat Wien. klin. Wochenschr. H. 16, 1919. — DERSELBE: Zur Behandlung und Fürsorge erbsyphilitischer Kinder. Mitt. d. Volksgesundheitsamtes im D.Oe. Staatsamt für soziale Verwaltung, 1919. (Als Behandlung werden zwanzig Touren — 120 Einreibungen mit grauer Salbe empfohlen. Die luetischen Kinder sind nach abgeschlossener Behandlung einer kinderlosen älteren Kostfrau zu übergeben.) — DERSELBE: Zur Psychologie und Psychopathologie der Mutterschaft. (Die Maternitätsneurose.) Beiträge zur sozialen Hygiene des Säuglings- und Kleinkindesalters. Berlin 1919. (Beschreibung der Besorgtheit der jungen Mutter, die zu einer Angstneurose ausarten kann. Berücksichtigung und Verständnis des veränderten Seelenlebens der jungen Mutter seitens ihrer Umgebung.) DERSELBE: — Prof. Dr. Alois Epstein, Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 23.

1919 (Nachruf.) — DERSELBE: Die Maternitätsneurose. Ges. d. Ärzte in Wien, 23. Jan. 1920. Protokoll in der Wiener klin. Wochenschr. H. 7. 1920. — DERSELBE: Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Tagung über die Fragen der Kinderaufzucht. Veröff. d. Volksgesundheitsamtes im Staatsamt für soziale Verwaltung. 1920. (Hebung der Stillhäufigkeit und Stilldauer. Schwangerenfürsorge. Soziale Unterstützung der Mutter vor und nach der Geburt des Kindes. Einrichtung von Fürsorgestellen. Die Fürsorgeschwester als soziale Beamtin. Gut geschulte Fürsorgeärzte. Tuberkulosefürsorge. Kostkinderwesen. Kleinkinderfürsorge. Errichtung von Säuglingskrankenanstalten und Mütterheimen. Systematische Schulung der Mütter und Belehrung der reiferen Mädchen.) — DERSELBE: Einrichtung und Betrieb von Mutterberatungsstellen. Veröff. d. Volksgesundheitsamtes im Bundesministerium für soziale Verwaltung. 1921. (Einrichtung und Betrieb der Mutterberatungsstellen. Kostpflege. Die Versorgung des unehelichen Kindes. Kleinkinderfürsorge. Ärztliche Beratung. Krankenkassen- und Mutterberatung. Stillhilfen. Verteilung von Wäsche und Nährmitteln. Künstliche Ernährung. Milchhygiene. Allgemeine Belehrung. Merkbüchlein. Der Wirkungskreis der Säuglingsfürsorgerin und des Säuglingsfürsorgearztes. Muster eines Fragebogens und einer Wägekarte.) — DERSELBE: Zur Regelung des Ammenwesens. Wien. med. Wochenschr., H. 3. 1922. (Notwendigkeit eines Ammengesetzes, das zu bestimmen hätte, daß eine stillende Frau nur dann ein fremdes Kind stillen darf, wenn sie nicht gezwungen ist, sich von ihrem Kinde zu trennen.) — DERSELBE: Die Behandlung der Dyspepsie der Säuglinge mit milchloser Diät, bzw. mit einer leicht herstellbaren Eiweißmilch. Fortschritte der Med. Jg. 40, H. 1. 1922. (Die Beschreibung einer durch Ausfällen des Kaseins mit Calcium lacticum leicht herstellbaren Eiweißmilch. Beschreibung einer milchfreien Diät bei schwerer Dyspepsie, bestehend aus Kekspudding und Reispudding. Die Rolle der Molke bei der Behandlung der Ernährungsstörungen im Säuglingsalter.) — DERSELBE: Zur Verhütung und Behandlung von Rhagaden an den Brustwarzen stillender Mütter. Med. Klinik, H. 13. 1922. (Maßregeln prophylaktischer Art zur Verhütung von Rhagaden. Behandlung frischer Rhagaden mit einer aus 6% Perubalsam, 3% Borsäure bestehenden mit Wasser abwaschbaren Salbe.) — DERSELBE: Bericht über die bisherige einjährige Tätigkeit der „Vereinigten In- und Auslandshilfe für tuberkulöse Kinder.“ Tuberkulosefürsorgeblatt des österr. Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. 1922. — DERSELBE: Über eine leicht herstellbare Eiweißmilch und ihre therapeutische Anwendung. Wien. med. Wochenschr., H. 21. 1922. Beschreibung der Herstellung der Eiweißmilch durch Ausfällen des Kaseins mit Calcium lacticum. — DERSELBE: Bericht über das zweite Betriebsjahr der Vereinigten In- und Auslandshilfe für tuberkulöse Kinder. Tuberkulosefürsorgeblatt des österr. Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. 1923. — DERSELBE: Die britische Hilfsaktion für die Kleinkinder Wiens. Zeitschr. f. Kinderschutz und Jugendfürs. Jg. 12, H. 11, 1922. (Bericht.) — DERSELBE und EUGEN STRANSKY: Über die milchlose (Pudding-)Diät bei Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 100, S. 3—14. (Beschreibung der Zubereitung von Kekspudding und Reispudding. Die Behandlung der Dyspepsie mit diesen Nahrungsmischungen, dargestellt an Krankengeschichten. Stoffwechselversuche.) — DERSELBE und JULIUS LANGER: Zur Frage der Protein-

körpertherapie im Säuglingsalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 24, S. 526—529. 1923. Bericht über die Tagung der Dtsch. Ges. f. Kinderheilk. in Leipzig. 1922. (Auch der junge Säugling reagiert auf parenterale Eiweißzufuhr mit Fibrinogenvermehrung und Steigerung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit.) — DERSELBE: Über die Hg- und As-Dosierung bei der Therapie der Lues hereditaria. Wien. med. Wochenschr. H. 12/13. 1923. (Säuglinge vertragen im Verhältnis bedeutend mehr Quecksilber und Arsen als Erwachsene; deswegen sollen die Dosen hoch sein. Als Behandlung wird eine kombinierte Sublimat-Neosalvarsaninjektionskur empfohlen. Die Wichtigkeit der Ernährung bei angeborener Lues.) — DERSELBE: Eine Mandelmilchmolkemischung als Einstellungsdiät bei der Säuglingsdyspepsie. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 26, S. 250—265. 1923. (Zubereitung der Mandelmilchmolkemischung, bestehend aus gleichen Teilen von Kalziummolke und Emulsio amygdalarum dulcium. Ihre Verwendung bei Dyspepsien und Toxikosen.) — DERSELBE: Eine Mandelmilchmolkemischung als Einstellungsdiät bei Säuglingsdyspepsie. Wien. med. Wochenschr. H. 40. 1923. — DERSELBE: Vereinigte österreichische Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder. Zeitschr. f. Kinderschutz, Familien- und Berufsfürsorge. Jg. 15, H. 9. (Bericht.) — DERSELBE und JULIUS LANGER: Über Blutveränderungen bei der Proteinkörpertherapie im Säuglingsalter. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 103, S. 177—188. 1923. (Der Säugling verträgt Eiweißinjektionen reaktionsloser als der Erwachsene. Zur Erzeugung der Reizkörperreaktion ist eine relativ große Dosis erforderlich. Anaphylaktische Erscheinungen treten nie auf.) — DERSELBE: Zur diätetischen Behandlung des Pylorospasmus. Ges. d. Ärzte in Wien, 20. Juni. 1924. Bericht in der Wien. klin. Wochenschr., H. 27. 1924. (Behandlung des Pylorospasmus mit milchloser Puddingdiät.) — DERSELBE: Die erhöhte Temperatur der laktierenden Mamma als Gradmesser ihrer Funktion. Wien. med. Wochenschr. H. 21. 1924. (Die Temperatur der stillenden Brust ist um etwa 0,5° höher als die Temperatur der Achselhöhle. Die Temperaturdifferenz bildet den Gradmesser der Funktion der Brustdrüse.) — DERSELBE: Welches Kind ist anstaltsbedürftig? Zeitschr. f. Kinderschutz, Familien- und Berufsfürsorge. Jg. 16, H. 6. (Erörterung der Frage vom medizinischen und sozialen Standpunkt.) — DERSELBE: Tuberkulose im Säuglingsalter. Bericht am 5. Österr. Tuberkulosestag im Tuberkulosefürsorgeblatt des österr. Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. (Intrauterine und extrauterine Infektionen. Unterscheidung einer Frühform und einer Spätform der Säuglingstuberkulose. Die Mortalität der Säuglingstuberkulose. — DERSELBE: Zur Tuberkulose im Säuglingsalter. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 28, S. 58—64. 1924. (Die intrauterine Infektion ist häufiger als angenommen wird. Die Frühform der Säuglingstuberkulose dürfte häufig durch hämatogene Infektion bedingt sein, die Spätform, die gegen Ende des ersten Lebensjahres in Erscheinung tritt, durch aerogene Infektion.) — DERSELBE: Säuglingstuberkulose, ihre Verhütung und Bekämpfung. Fortschr. d. Med., H. 4/5. 1924. (Die Säuglinge tuberkulöser Mütter sollen womöglich sofort nach der Geburt von der Mutter getrennt werden. Ein Großteil derselben bleibt gesund, ein Teil erkrankt nach wenigen Monaten. Diese sind wahrscheinlich schon im Mutterleib infiziert worden. Frühform. Beschreibung der Bronchialdrüsentuberkulose der älteren Säuglinge als Spätform. Prognose der Spätform

nicht sehr ungünstig. Die Fürsorge der tuberkulös erkrankten Kinder und Mütter.) — DERSELBE: Bericht über die Tätigkeit der Vereinigten österr. Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder. Blätter f. Gesundheitsfürs. H. 2. 1924. (Bericht.) — DERSELBE: Säugling und Kleinkind, ein Merkbuch für Mütter zur Pflege, Ernährung und Erziehung des Säuglings und Kleinkindes. 2. Aufl. 1924. 3. Aufl. 1925. (Ein Merkbüchlein für Mütter zur Pflege des gesunden und kranken Säuglings und Kleinkindes mit zahlreichen Abbildungen und einem Schnittmuster für Säuglingswäsche.) — DERSELBE und HERBERT EBERHARTINGER: Die Bedeutung der prophylaktischen Fürsorge im Kampf gegen die Kindertuberkulose. Arbeiterschutz, H. 18. 1924. (Bericht über die Tätigkeit der Vereinigten österr. Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder. Erfolge der Erholungsaktion.) — DERSELBE: Das Ei in der Ernährung des Kindes. Ges. f. inn. Med. und Kinderheilk. in Wien, am 14. Jan. 1925. Bericht in der Wien. med. Wochenschr., H. 10. 1925. (Das Ei wird beim Säugling und Kleinkind in jeder Form gut vertragen und ist wegen seines Lezitingehaltes und Vitamingehaltes in der Ernährung wärmstens zu empfehlen.) — DERSELBE: Die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge der Kriegspatenschaft und der mit ihr verbündeten Krankenkassen. Wien. med. Wochenschr., H. 18. 1925. (Bericht.) — DERSELBE: Stillschwierigkeiten und ihre Bekämpfung. Wien. 1925. (Beschreibung von Hypogalaktie. Stillschwierigkeiten seitens des Kindes, Rhagaden der Brustwarze und ihre Behandlung. Mastitis. Kontraindikationen des Stillens bei Erkrankungen der Mutter. Die Ernährung der stillenden Frau. Die nervösen Störungen der stillenden Mütter. Die Frage von Lues bei Mutter und Kind. Stillschwierigkeiten ethischer und wirtschaftlicher Natur. Die Wichtigkeit der Schwangerenfürsorge und der Aufklärung der Mütter.) — NEUBAUER, KARL: Einfluß der Ernährung auf das Wachstum und die Entwicklung frühgeborener Kinder. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 21, H. 1. 1921. (Körperentwicklung, Längenwachstum und Massenwachstum lassen sich durch Zufuhr von Molkensalzen beschleunigen.) — PELLER, SIGISMUND und EUGEN STRANSKY: Fragen der Säuglingsfürsorge. Wien. klin. Wochenschr., H. 21. 1924. (Kritisch statistische Übersicht des Materials der Beratungsstelle der Reichsanstalt. Stillfrequenz und Stilldauer. Wohnungsverhältnisse der befürsorgten Kinder. Gewichtsverhältnisse der stillenden Mütter. Die Entwicklung des Gewichtes der befürsorgten Kinder.) — STEINKO, ROBERT: Die röntgenologische Untersuchung des Klysmas im Säuglingsalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 26, S. 166—168. 1923. (Bei Klysmen konnte vor dem Röntgenschild eine antiperistaltische Bewegung hinaufreichend bis zum Colon ascendens beobachtet werden.) — STRANSKY, EUGEN und EUGEN SCHILLER: Beiträge zur Kenntnis der Sepsis im Säuglingsalter. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 22. 1921. (1. Melaena und allgemeine hämorrhagische Diathese infolge Streptokokkensepsis bei einem sechs Wochen alten Kind. 2. Myeolische Reaktion bei Sepsis.) — STRANSKY, EUGEN: Zur Frage der Verdauungsleukozytose und über Leukolysine. Ges. f. inn. Med. und Kinderheilk. 24. Nov. 1921. Ber. Wien. med. Wochenschr. S. 2274. 1921. (Auf Nahrungsaufnahme reagieren die Säuglinge mit einer Leukopenie. Leukolysine als Ursache der Verminderung der Zahl der weißen Blutkörperchen konnten nicht nachgewiesen werden.) — DERSELBE: Kongenitaler familiärer Katarakt. Ges. f. inn. Med. und Kinderheilk. 10. Nov. 1921, referiert Wien. med. Wochenschr.

S. 308. 1922. (Demonstration.) — DERSELBE und EUGEN SCHILLER: Beiträge zur Klinik der Lues congenita. Med. Klinik. H. 1. 1922. (Beschreibung einer Gehirnblutung und meningeale Reizerscheinungen bei einem kongenital luetischen Säugling. Schwere kongenitale Lues in zwei Fällen, obwohl die Eltern viele Jahre lang eine negative Wassermannreaktion hatten.) — DIESELBEN. Über Leukolysine. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 97, S. 55—60. 1922. (Leukolysine konnten im Blutserum nicht nachgewiesen werden, sind also nicht die Ursache des Leukozytensturzes nach der Nahrungsaufnahme. — STRANSKY EUGEN: Ernährungsprobleme bei Lues congenita. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 32, S. 199—214. 1922. (Die kongenitale Lues hemmt das Gedeihen der Säuglinge. Die Hemmung kann durch die Therapie behoben werden; die Hemmung kann bis zum Negativwerden der Wassermannreaktion andauern, schließlich kann sie zu einem irreparablen Gewichtssturz führen. Die antiluetische Therapie bewirkt einen erhöhten Energiebedarf.) — DERSELBE und OTTO GERSUNY: Über das Gedeihen von Säuglingen in geschlossenen Anstalten. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 23, S. 145—157. 1922. (Untersuchung des Hospitalismus in der Reichsanstalt Der Index infectiosus ist sehr gering. Einschleppungen von Infektionskrankheiten gehören zu den Seltenheiten.) — STRANSKY, EUGEN: Beiträge zur Frage des Ikterus im Säuglingsalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 23, S. 499—502. 1922. (Ein Fall von Ikterus katarrhalis bei einem jungen Säugling. Ein Fall von akuter gelber Leberatrophie bei einem Säugling.) — DERSELBE: Lues congenita und schwere Anämie mit myeloischem Blutbild. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 24. Mai 1922, referiert Wien. med. Wochenschr., S. 1084. 1922. (Demonstration.) DERSELBE: Beiträge zur Wirkung der Milch und ihrer Bestandteile auf das Wachstum. Eine Tierexperimentelle Studie. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 99, S. 229—243. 1922. (Experimentelle Untersuchungen über Vitamine an Ratten. An das Kasein des Quarkes ist außer dem im Milchfett enthaltenen A-Vitamin ein viertes (D-Vitamin) gebunden, ohne das ein Wachstum nicht erfolgt.) — DERSELBE und JULIUS LANGER: Beiträge zur Frage der alimentären Leukozytenreaktion. Klin. Wochenschr., S. 2521—2522. 1922. (Die Leukopenie ist nicht eiweißspezifisch, sondern tritt auch nach Fetten und Kohlehydraten auf. Die normale Reaktion des wachsenden Organismus auf die Nahrungsaufnahme ist die Leukopenie. Die leukozytäre Reaktion ist von der Leberfunktion unabhängig.) — STRANSKY, EUGEN: Experimentelle Beiträge zur Eiweißmilchfrage. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 24, S. 441—447. 1923. Vortrag bei der Tagung der Dtsch. Ges. f. Kinderheilk. Leipzig. 1922. (Im Kalkkasein ist der Kalk locker gebunden, da er bereits bei geringen Säurekonzentrationen vollkommen abgebaut wird. Der Kalk ist an das Kasein immer in gleicher Menge gebunden. Die Eiweißmilchwirkung dürfte nicht auf die Kaseinkalkbindung zurückgeführt werden können.) — DERSELBE: Beiträge zur Epidemiologie und Prophylaxe des Keuchhustens. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 26, S. 410—414. 1923. (Das geschlossene Boxensystem erweist sich vollkommen suffizient, um die Verbreitung der Infektion zu verhüten.) — DERSELBE: Beiträge zur klinischen Hämatologie im Säuglingsalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 35, S. 195—201. 1923. (Kongenitale Pulmonalstenose mit Polycythämie und hochgradiger Erythroblastose. — Schwere Anämie an perniziöse Anämie erinnernd, Ursache kryptogene Sepsis.) — DERSELBE: Angeborene Pulmonalstenose. Ges. f. inn. Med. u.

Kinderheilk. 7. Dez. 1922, referiert Wien. med. Wochenschr., S. 258—259. 1923. (Demonstration.) — DERSELBE: 1. Kongenitale Atresie des Dünndarmes. 2. Ein Fall einer latent verlaufenden Meningitis tuberculosa. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. 22. März 1923, referiert Wien. med. Wochenschr. S. 933—934. 1923. (Demonstration.) — DERSELBE: Erfahrungen über Säuglingstuberkulose. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 36, S. 95—118. 1923. (1. Erörterung der Infektionsquelle, in überwiegender Mehrzahl die kranke Mutter. Die angeborene Infektion ist häufiger, als angenommen wird. 2. Die Tuberkulose der Mütter übt einen Einfluß auf den Ernährungszustand und Entwicklungsgang des Kindes aus. Die Ernährung der Kinder soll kalorisch sehr reichhaltig sein. Ernährungszustand und Verlauf der Tuberkulose sind gegenseitig unabhängig. 3. Klinische Beiträge zur Säuglingstuberkulose an der Hand von mehreren Fällen.) — DERSELBE: Zur Frage des Zusammenhanges von Meningitis tuberculosa und Meningitis cerebrospinalis epidemica. Wien. klin. Wochenschr., H. 2. 1924. (Ein Kind, das eine epidemische Genickstarre überstanden hat, erkrankt an einer tuberkulösen Gehirnhautentzündung ohne sonstige Miliartuberkulose.) — DERSELBE: Experimentelle Beiträge zur Bakterienbesiedlung des Darmtraktes und ihrer Beeinflussung durch Nahrung. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 37, S. 388—391. 1924. Vortrag bei der Tagung der Dtsch. Ges. f. Kinderheilk. Göttingen. 1923. (Untersuchungen im Darm verschiedener Tierarten ergeben, daß der Dünndarm normalerweise keimarm oder keimfrei ist. Bei Hypovitaminose oder Avitaminose vermehrt sich die Keimzahl im Dünndarm wesentlich. Bakterienbefunde im Dünndarm sind nicht die Folge, auch nicht die Ursache einer Darmerkrankung, sondern Zeichen einer Allgemeinstörung.) — DERSELBE und LEOPOLD TAVS: Experimentelle Beiträge zur Eiweißmilchfrage. Gleichzeitig ein Beitrag zur Wirkung des Labfermentes. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 107, S. 129—138. 1924. (Die Labwirkung bedingt abgesehen von der Gerinnung auch einen Abbau des Kaseins, und steigert die proteolytische Funktion des Pepsins. Die erste Phase der Labwirkung ist die Ausflockung und Kalkbindung des Kaseins, die zweite eine Proteolyse. Bei vorhergefälltem Kasein beginnt sofort die zweite Phase.) — STRANSKY, EUGEN: Klin. Beitr. zur Frage der Ätiologie der Keratomalacie. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 104, S. 183—1924. (Die Keratomalacie ist bedingt durch herabgesetzte Resistenz des Organismus. Letztere wird wiederum hervorgerufen entweder durch schwere Ernährungsstörungen oder A-Vitaminose, bzw. Hypovitaminose. Dementsprechend gibt es zwei Formen von Keratomalacie.) — STRANSKY, EUGEN: Die Nasenschleimhaut als Eingangspforte septischer Infektionen im Säuglingsalter. Med. Klinik., H. 24. 1924. (Beschreibung zweier Fälle, bei denen Schnupfen zu einer Thrombose der Sinus cavernosi und zu einer Meningitis bzw. Allgemeinsepsis führt. — DERSELBE: Zur Klinik der Alveolarruptur und ihre Folgezustände im Säuglingsalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 38, S. 479—486. 1924. (Die Alveolarruptur tritt bei debilen Säuglingen ohne Pneumonie auf, führt zu mediastinalem Emphysem und Verdrängung des Herzens von der vorderen Brustwand. — DERSELBE: Beitr. zur klin. Hämatologie im Säuglingsalter II. Zur Frage der kongenitalen myeloischen Leukämie. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 29, S. 654—659. 1925. Vortrag in der Dtsch. Ges. f. Kinderheilk., Innsbruck. 1924. (Ein einwandfreier Fall von kongenitaler Myeloblastenleukämie vom Charakter eines Chloroms.) — DERSELBE und ALFONS

TRIAS: Infektiöser Darmkatarrh bei einem Brustkind mit Spirillenbefund im Stuhl. Ges. f. inn. Med. und Kinderheilk. 11. Febr. 1925. Wien. med. Wochenschr. H. 13. 1925. (Demonstration des Falles der Stuhlausstriche und der Stuhlkulturen.) — STRANSKY, EUGEN: Aregenerative Anämie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. 22. April 1925. Wien. med. Wochenschr. H. 24. 1925. (Demonstration.) — DERSELBE: Hemilaterale Hemiplegie, bedingt durch Mangel der Pyramidenkreuzung. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. 10. Juni 1925. Wien. med. Wochenschr. H. 29. 1925. (Demonstration des pathologisch anatomischen Präparates und Photographien.) — DERSELBE: Beitr. z. klin. Hämatologie im Säuglingsalter III. Mitteilung. Über aregenerative Anämien im frühen Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 39, S. 553—568. 1925. (Beschreibung des klinischen Symptomenkomplexes und des hämatologischen Bildes an der Hand von fünf Fällen.) — WENGRAF, FRITZ: Beitrag z. Ernährung und Fürsorge des Kleinkindes. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 32, H. 43. 1919. (Besprechung der Mortalität im Kleinkindesalter. Ernährung des Kleinkindes: Vier Mahlzeiten, viel Gemüse und Mehlspeise. Bestimmung des Nahrungsbedürfnisses, Beschreibung mehrerer Fälle.) — DERSELBE: Zur Physiologie und Pathologie der Nierenfunktion im Säuglingsalter. Ges. f. inn. Med. und Kinderheilk. 20. Jänn. 1921. Wien. med. Wochenschr., H. 25. 1921. — DERSELBE: Über die Ausscheidung getrunkenen Wassers beim Säugling. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 30, S. 79—85. 1921. (Die wasser-ausscheidende Fähigkeit der Niere ist bereits beim neugeborenen Kind gut ausgeprägt. Ein Großteil des Wassers wird durch die Perspiratio ausgeschieden. Kochsalzlösungen bewirken Wasserretention. Bei Ernährungsstörungen ist auch die Nierenfunktion gestört.) — DERSELBE: Über Rachitis und Wachsum, I. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 34, S. 1—13. 1922. (Bei hypotrophischen wachstumsgestörten Kindern wurde bei milchfettfreier Diät fast kein Wachstum, bei milchfetthaltiger aber starkes, das normale an Intensität übertreffendes Wachstum erzielt.) — DERSELBE und KARL BARCHETTI: Über Rachitis und Wachstum II. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 34, S. 14—23. 1922. (An Röntgenbefunden wird die in der vorigen Arbeit geschilderte klinische Beobachtung bestätigt.)

## II.

### Zehn Jahre (1915 bis 1925) Säuglings- und Kleinkinderfürsorge der „Kriegspatenschaft“

Von Hofrat Professor Dr. LEOPOLD MOLL  
Chefarzt der „Kriegspatenschaft“

Gleich zu Beginn des Krieges, als die ersten Schreckensnachrichten vom Kriegsschauplatz auf alle Gemüter erschütternd niederfielen, hielt ich es als Gebot der Fürsorge, sich vor allem jener Mütter, welche mit ihren Säuglingen zurückgeblieben waren, anzunehmen. Gute Menschen fanden sich in dieser Zeit zur Gründung einer großzügigen Aktion für Mutter- und Säuglingsfürsorge zusammen, die unter dem Namen „Kriegspatenschaft“ ins Leben gerufen wurde. Durch Sammlungen gelang es, soviel Mittel herbeizuschaffen, um Beratungsstellen zu gründen und die schwangeren Frauen und stillenden Mütter zu unterstützen. Die erste Mutterberatungsstelle wurde in der Universitätsklinik gegründet und im Verlaufe kurzer Zeit schon wurden auch in anderen Kinderspitälern und Ambulatorien Wiens, dank des Entgegenkommens der Vorstände, Fürsorgestellen eröffnet. Sowohl der ärztliche als auch der Fürsorgedienst wurde in selbstloser Weise durchgeführt. Die Mütter empfanden es als eine große Wohltat, daß sie mit ihren Kindern in die Fürsorgestelle kommen konnten, wo sie für ihre Sorgen Gehör fanden und auf Verständnis für ihre bedrängte Lage trafen. Sie erhielten hier Rat und Aufklärung über die zweckmäßige Pflege und Ernährung ihres Kindes, konnten sich vertrauensvoll an Arzt und Fürsorgeschwester wenden, das Gedeihen der Kinder verfolgen und über alles Rat einholen. Die Mütter erhielten Stillhilfen, teils in Form von Geldunterstützungen, teils in Sachbeihilfen. Am Ende des Krieges standen im Dienst der Fürsorge 16 Beratungsstellen mit 16 Ärzten und einer großen Zahl freiwilliger Helferinnen. Die schwangeren Frauen wurden in den drei geburtshilflichen Kliniken untersucht, über Hygiene und Verhalten in der Schwangerschaft beraten und es wurde auch dafür gesorgt, daß ihnen für die Entbindung ein Platz in den Gebärkliniken reserviert wurde. Diese Mutter- und Säuglingsfürsorge erfreute sich bald eines großen Zuspruches, so daß zur Zeit des Kriegsendes durchschnittlich 10.000 Säuglinge und 6000 Schwangere jährlich aufgenommen werden konnten. Nur der Opferwilligkeit der Wiener Bevölkerung war es zu danken, daß für dieses Wohlfahrtswerk

reichliche Mittel in Form von Spenden, Patenschaften, herbeigeschafft werden konnten. Der Erfolg war ein großer. Gelang es doch, Stillhäufigkeit und Stilldauer auf die höchsten, bisher noch nie erreichten Grade zu bringen und die Säuglingssterblichkeit herabzudrücken. Der weitere Erfolg bestand darin, daß die Mütter, welche alle Sorgen für das Kind allein zu tragen hatten und von der Sehnsucht erfüllt waren, dem vom Felde heimkehrenden Vater ein gesundes Kind entgegenstrecken zu können, wirksam unterstützt wurden und daß die Lehren der modernen Säuglingspflege, die vielfach mit den althergebrachten Anschauungen in Widerspruch standen, an tausende von Müttern verbreitet werden konnten. Auf diese Weise wurde ein großes Stück Aufklärungsarbeit geleistet. Die Mütter empfanden diese Anteilnahme in der schweren Zeit ungemein wohltuend und heute noch kommt manche dieser Mütter in die Beratungsstelle, um ihr schönes Kind zu zeigen und zu bekunden, wie nachhaltig die ihr in der Kriegszeit gebotene Fürsorge war<sup>1)</sup>.

Nun kam der Umsturz und mit ihm auch die Befürchtung, das aufgebaute Werk müsse zusammenstürzen, da die Spenden bis auf Ausnahmen aufhörten. Da setzten nun die ausländischen Hilfsmissionen mit ihrer Hilfsbereitschaft ein und dank des Umstandes, daß diese die Bedeutung der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge würdigten, erhielt auch unsere Aktion wieder reichliche Geld- und Sachbeihilfen, so daß die Beratungsstellen nicht nur erhalten, sondern sogar vermehrt und vergrößert werden konnten. Wir wollen hier nicht an die Leiden der Wiener Bevölkerung, der Wiener Mütter, die kein Brot und keine Milch für ihre Kleinen hatten, erinnern. Die traurigsten Szenen spielten sich in den Mutterberatungsstellen ab, als die Mütter ihre Not schilderten. Wer die Wienerin, die eine besonders hingebungsvolle Mutter ist, in dieser Zeit höchster Verzweiflung um ihr Kind kämpfen sah, dem ward die schwere Tragik der Folgen eines verlorenen Krieges zum traurigsten Erlebnis. Hier galt es zu helfen. Die Aufklärungsarbeit trat jetzt in der Zeit dieser schlimmsten Not in den Hintergrund, es war da unsere Aufgabe, den ausländischen Hilfsmissionen bei der Verteilung von Lebensmitteln, Wäsche usw. an die Hunger und Not Leidenden entsprechende Richtlinien zu geben und so den Hilfsbedürftigen beizustehen. Wir fanden unter den ausländischen Helfern gute Menschen, so daß ihre Hilfeleistung keineswegs als ein Almosen empfunden wurde. Auch der Umstand, daß diese Zuteilung durch die Beratungsstellen erfolgte, ließ erfreulicherweise dieses Gefühl nicht aufkommen und dafür wollen wir auch den ausländischen Helfern ständig Dank wissen. Durch die Verteilung dieser Sachbeihilfen gelang es, die Schwangerenfürsorge

<sup>1)</sup> Näheres über die Entwicklung unserer Aktion während der Kriegszeit kann aus meiner Mitteilung „Vier Jahre ärztliche Fürsorgearbeit in der Kriegspatenschaft...“ MOLL, Wiener klinische Wochenschrift, 32. Jahrgang Nr. 1, 1919, entnommen werden.

großzügig auszubauen und die Kleinkinderfürsorge unserer Säuglingsfürsorge anzuschließen. Die Zahl der Beratungsstellen wurde vergrößert, eine immer größere Zahl von Ärzten und Fürsorgerinnen stellten sich in deren Dienst. Die beifolgende Tabelle zeigt die Entwicklung unserer Fürsorge (Tabelle 1).

Tabelle 1  
Entwicklung der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge des Vereines „Kriegspatenschaft“, Wien I, Dorotheergasse 6

Im Jahre	Gesamtzahl der in Fürsorge aufgenommen. Säuglinge	Zahl der Kleinkinder	Zahl der Schwangeren	Zahl der Beratungsstellen	Zahl der Ärzte	Zahl der Fürsorgerinnen
1915	12.352		7.400	12		
1916	11.946		7.140	15	15	
1917	12.726		7.300	15	15	
1918	10.271		5.941	16	16	
1919	5.214		3.825	17	47	
1920	8.611	25.337	6.120	31	42	
1921	10.630	30.800	1.890	28	39	22
1922	7.257	6.000		25	27	22
1923	9.737	5.500		25	27	22
1924	8.987	2.161		26	27	22

Aus der Tabelle geht hervor, daß die Kleinkinder in den Jahren 1920 und 1921 in fast dreifach so großer Zahl als die Säuglinge in die Mutterberatungsstellen aufgenommen werden konnten, daß jedoch schon nach relativ kurzer Zeit eine wesentliche Abnahme eintrat, während die Zahl der Säuglinge sich fast konstant hielt. Diese Zu- und Abnahme der Zahl der Kleinkinder ist auf die Verteilung bzw. auf die Einstellung von Spenden an Lebensmitteln und sonstigen Sachbeihilfen der ausländischen Hilfsmissionen namentlich des „Amerikanischen Roten Kreuzes“ und des „Britischen Hilfswerkes“ zurückzuführen. Damals hatte die Not der Kinder die höchsten Grade erreicht. Mütter, die von den Fürsorgestellen keine Kenntnis hatten, wurden auf diese Weise ihnen zugeführt. Man kann zwar mit Recht der Meinung sein, daß diese Art der Belegung der Fürsorgestellen, nämlich durch Verleihung von Unterstützungen, nicht zu billigen sei, daß vielmehr die Bevölkerung so zu erziehen sei, daß sie der Belehrung und Beratung wegen die Fürsorgestellen aufzusuchen habe. Dem wollen wir auch zustimmen. Dennoch muß aber bedacht werden, daß die Verzweiflung der Eltern damals ohne Grenzen war. Damals hieß es den Hunger stillen, den Körper bekleiden, die Gebeugten aufrichten, kurz, zu helfen und zu stützen. Es wird jeder, der in der Fürsorgearbeit längere Zeit gestanden ist, zugeben, daß es keineswegs leicht ist, die Fürsorgebedürftigen zu erfassen und der Beratungsstelle zuzuführen. Wie alles,

was neu ist, brauchte auch die Entwicklung des Fürsorgegedankens Zeit und wieder Zeit. Es ist besser geworden. Trotzdem aber wird man leicht feststellen, daß viele Aufklärungsarbeit noch notwendig sein wird. Man besuche doch die ärztlichen Ambulanzen und man wird sich nicht genug wundern können, wie wenig geschult noch viele Eltern sind, wie oft weit fortgeschrittene Krankheitszustände am Säugling und Kleinkind — vom Schulkind soll hier nicht die Rede sein — den Müttern und Vätern vollkommen unbekannt geblieben sind, wie sie ihre Kinder als gesund betrachteten, während schon längst Krankheit und sonstige, mit der gestörten Entwicklung zusammenhängende Erscheinungen den kindlichen Organismus ergriffen hatten. Das ist ja das furchtbar Betrübbende, daß die Eltern im guten Glauben, ihr Kind wäre gesund, seine Entwicklungsart wäre die normale, erst dann den Arzt, das Ambulatorium, das Spital aufsuchen, wenn bereits schwere Schädigungen den zarten Organismus getroffen haben. Wie traurig, wenn dann ärztliche Hilfe zu spät kommt, oder bestenfalls ein Weiterschreiten der Krankheit nur aufhalten, nicht mehr aber zum Schwinden bringen kann. Und kann den Eltern ein Vorwurf gemacht werden? Ist es Nachlässigkeit ihrerseits gewesen? Sie wußten nichts von einer gestörten krankhaften Entwicklung, sie vermeinten, es müßte so sein, wie eben das Kind sich entwickelte. Niemand lehrte sie das Gesunde vom Krankhaften zu unterscheiden, niemand sagte ihnen, wie der gesunde Organismus gesund zu erhalten sei und vor Schäden bewahrt werden könne. Dies gilt keineswegs nur für die ärmeren Schichten, auch selbst in wohlhabenden Kreisen, in denen eine ärztliche Inanspruchnahme auf keine finanziellen Schwierigkeiten stößt, findet man gar nicht selten, daß ärztlicher Rat und Hilfe viel zu spät, viel zu selten eingeholt werden. Man kann es nicht genug bedauern, wie langsam die hygienischen Errungenschaften, die Fortschritte der Medizin, namentlich der Prophylaxe (Verhütung) der Krankheiten ins Volk dringen. Eine gar zu traurige Erscheinung, die am konservativen Sinn der Bevölkerung, an gewissen Vorurteilen gegen die medizinische und hygienische Wissenschaft ihren Grund hat. Welches Mittel soll da nicht willkommen genug sein, um hier Wandel zu schaffen, um die Bevölkerung so weit zu bringen, daß sie sich Rat einholt über die Verhütung von Krankheiten und aller die Entwicklung des Kindes hemmenden Faktoren. Schließlich lehrt die Erfahrung, daß, wenn es einmal gelungen ist, die Eltern vom Wert der Beratung in den Fürsörgestellen zu überzeugen, daß sie regelmäßig und gerne kommen, auch wenn der anfänglich gebrauchte Anreiz durch Sachbeihilfen längst nicht mehr Verwendung findet. Als es nun einmal gelungen war, mit den Müttern in Kontakt zu kommen, als nur einmal Gelegenheit geboten war, die Mütter z. B. beim Säugling über die Wichtigkeit des Stillens, die Notwendigkeit der hygienischen Pflege usw. aufzuklären oder beim Kleinkind ihnen auseinanderzusetzen, wie das Kleinkind zum Essen, zum Gehen, zum Sprechen, zur Reinhaltung,

zu der ihm angepaßten Spielbeschäftigung usw. heranzuziehen sei, da war schon viel erreicht. Jetzt sahen die Mütter ein, daß ihre Erziehungsmethoden vielfach falsch waren, daß sie Fehler begangen hatten und daß es für sie erst notwendig sei, so manche Kenntnisse zu erwerben, um der schwierigen Aufgabe der Erziehung ihres Kindes auch gewachsen zu sein. Die meisten taten es, so gut sie es eben konnten, so wie sie es von ihren Müttern, Großmüttern und Bekannten hörten. Es erben sich die alten Mißbräuche, die überholten falschen Ansichten, wie eine Krankheit von Geschlecht zu Geschlecht fort. In der Fürsorgestelle wird die ärztliche Behandlung von Krankheiten vermieden. Es gilt nur die Krankheit zu verhüten oder wenn sie bereits vorhanden ist, die Eltern darauf aufmerksam zu machen und den Hinweis auf die Wichtigkeit der ärztlichen Behandlung zu geben.

Ein gewisser Stock treuer Anhängerinnen kommt immer wieder und er kommt erfreulicherweise immer regelmäßig. Man geht nicht fehl, daß die Abnahme der Frequenz einmal damit zusammenhängt, daß viele Mütter gezwungen sind, der außerhäuslichen Erwerbsarbeit nachzugehen und dadurch am Tage der Beratung verhindert sind, zu erscheinen, weiter aber auch damit, daß uns keine Spenden oder sonstige Mittel mehr zur Verfügung stehen, um direkt helfend einwirken zu können, wie dies schon oben auseinandergesetzt wurde. Wir müssen wieder an die Hilfsbereitschaft der Wiener Bevölkerung und an das Entgegenkommen der Vorstände der Krankenkassen appellieren, daß uns Geld und Sachmittel zu Unterstützungszwecken zur Verfügung gestellt werden, um auch in jenen Fällen, wo die wirtschaftlichen Verhältnisse besonders traurig sind, mit solchen Hilfen zur Linderung der Lage des Kindes beizusteuern und so die Mütter der Fürsorgestelle zuzuführen.

Zur Zeit des Umsturzes betrug die Zahl der von unserer Aktion erhaltenen Mutterberatungsstellen 17. Im Jahre 1920 wuchs die Zahl auf 31 (s. Tabelle 1), als die fremdländischen Hilfsmissionen die nötigen Geldmittel zum weiteren Ausbau der Aktion spendeten.

Vom Jahre 1922 an hielt sich die Zahl unserer Beratungsstellen auf 25. In diesen 25 Beratungsstellen sind 26 Ärzte, 22 Fürsorgerinnen und 16 Hilfsfürsorgerinnen tätig. Unsere Aktion hat verschiedene Schwierigkeiten zu überwinden gehabt, um diese Wandlungen ohne wesentliche Erschütterungen überstehen zu können. Die Vermehrung der Fürsorgestellen nach dem Umsturz war deswegen nötig, da die Hilfsmissionen die Verteilung der Lebens- und sonstigen Hilfsmittel an den Besuch der Fürsorgestellen geknüpft hatten. So war auch der große Besuch der Kleinkinder zustande gekommen. Andererseits aber nahm die Zahl der Schwangeren ganz wesentlich ab, da alle Schwangeren ohne Unterschied die Hilfsmittel bekamen und diese Unterstützung nicht mehr wie früher an die ärztliche Untersuchung in den Fürsorgestellen der Gebärkliniken gebunden war. Vor dem Umsturz hatten wir auch

den Schwangeren ein Schwangerengeld gegeben, jedoch daran die Bedingung geknüpft, daß sie sich einer ärztlichen Untersuchung unterziehen mußten. Ebenso wie es in den besitzenden Kreisen fast durchwegs gebräuchlich ist, daß die schwangere Frau sich untersuchen läßt, so ist es nötig, dieser Forderung auch in den sozial schlechter gestellten Kreisen gerecht zu werden. Durch die ärztliche Untersuchung soll festgestellt werden, ob die Frau gesund oder krank ist, wie weit die Schwangerschaft vorgeschritten ist, ob normale oder pathologische Beckenverhältnisse bestehen und ob eine normale oder pathologische Entbindung voraussichtlich angenommen werden kann. Im letzteren Fall wurde der Frau ein Bett in der Gebäranstalt gesichert. Bei diesen Untersuchungen wurden Frauen über die Hygiene der Schwangerschaft aufgeklärt, es wurden Ratschläge erteilt und Merkblätter eingehändigt. Unsere Tabelle 1 zeigt den jähen Abstieg der mühsam aufgebauten Schwangerenfürsorge. Denn als die Hilfsmissionen ihre Tätigkeit im Jahre 1922 einstellten, hatten wir keine Mittel mehr, um die Schwangeren zu unterstützen. Die Scheu vor der ärztlichen Untersuchung ist noch eine sehr große, es wird noch viel Aufklärungsarbeit nötig sein, um alle schwangeren Frauen zu veranlassen, frühzeitig sich beim Arzt zu melden. Durch die Fürsorgerinnen wurden auch die häuslichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Schwangeren festgestellt, es wurde schon zu diesem Zeitpunkt die Frage der Stillung und Versorgung des Kindes besprochen, kurz, es wurde getrachtet, Verhältnisse zu schaffen, die eine normale Entbindung und Versorgung von Mutter und Kind nach derselben sicherzustellen imstande waren. Das Versiegen unserer Schwangerenfürsorge empfanden wir ungemein schmerzlich. Jeder, der mit den Müttern in Berührung zu kommen Gelegenheit hatte, konnte feststellen, wie nützlich diese Fürsorge und Aufklärungsarbeit war. Wir wollen hoffen, daß die nächste Zeit schon uns die Möglichkeit geben wird, die Schwangerenfürsorgestellen wieder zu eröffnen. Hierzu aber brauchen wir Geld und Sachhilfen.

Bange Sorgen lagen auf uns, als die fremdländischen Hilfsmissionen, vor allem das Amerikanische rote Kreuz, welches sich durch Vermehrung und Ausstattung unserer Fürsorgestellen besonders große Verdienste erworben hatte, nach dreijähriger Tätigkeit erklärte, daß seine Mittel zu Ende seien und daß wir nun aus eigenen Kräften den Betrieb der Beratungsstellen fortführen müßten. Wer sollte uns helfen? Mit der Spendefreudigkeit wars zu Ende. In dieser Not wandte ich mich an den Verband der Krankenkassen Wiens, Niederösterreichs und des Burgenlandes mit der Bitte, uns zu helfen, das mühsam aufgebaute Werk vor dem Zusammenbruch zu schützen. Ich konnte darauf verweisen, daß der größte Teil der Kinder krankenkassenversicherte Eltern habe, daß unsere Beratungsstellen sowohl die Beratung der Mütter, als auch die gesetzlich vorgeschriebene Stillkontrolle übernehmen könnten und daß eine Vereinigung unserer Beratungsstellen mit

jenen des Verbandes der Krankenkassen eine Vermehrung und schließlich die Bildung eines über ganz Wien verbreiteten Netzes zur Folge haben würde, was mit dem außergewöhnlichen Vorteil verbunden wäre, daß die Mütter nur kurze Wege zurückzulegen hätten, um zu der ihrer Wohnung zunächst gelegenen Beratungsstelle zu gelangen. Dieser Vorschlag wurde vom Vorstand des Verbandes der Krankenkassen angenommen und damit war der Weiterbestand unserer Aktion gesichert, deren Protektorat der Herr Bundespräsident Dr. MICHAEL HAINISCH, ein rühriger Mitarbeiter und Mitbegründer der Kriegspatenschaft, übernommen hatte.

Während in den Kriegsjahren sämtliche Mitarbeiter, Ärzte und Fürsorgerinnen ihre Arbeit ohne jegliches Entgelt geleistet hatten und durch unser rühriges Damenkomitee reichlich Mittel herbeigeschafft worden waren, um den Müttern Geld- und Sachbeihilfen zu geben, während ferner nach dem Umsturz die Hilfsmissionen uns Mittel gegeben hatten, um sowohl den Betrieb aufrechtzuerhalten, als auch Sachbeihilfen verteilen zu können, so gestaltete sich jetzt die Situation schwieriger, da sowohl für die Gehälter an die Ärzte und Fürsorgerinnen, als für sonstige mit dem Betrieb der Beratungsstellen und Zentralstelle verbundenen Regieauslagen die nötigen Geldmittel gesichert werden mußten. Es mußte also der Verband der Krankenkassen sich entschließen, der Aktion auch so viele Mittel zur Verfügung zu stellen, um die zwar sehr bescheidenen, aber immerhin notwendig gewordenen Ansprüche der Angestellten erfüllen zu können. Anfangs, da uns noch eigene Mittel zur Verfügung standen, war es möglich, geringe Ansprüche an die Krankenkassen zu stellen. Wir taten dies auch deshalb, um erst den Krankenkassen die Möglichkeit eines Versuches mit unserer Aktion zu geben. Als sowohl der Verband der Krankenkassen, wie auch andere Krankenkassen Wiens, die sich uns anschlossen, unsere Arbeit gutheißen konnten, als die Mütter selbst von der Tätigkeit der Beratungsstellen, zu denen sie jetzt nur kurze Wege zurückzulegen hatten, befriedigt waren, konnten an die Krankenkassen jene Forderungen gestellt werden, welche zur Aufrechterhaltung des Betriebes notwendig geworden waren. Unsere Mitarbeiter, Ärzte und Fürsorgerinnen leisten ihre mühevollen Arbeit gegen ein sehr bescheidenes Entgelt. Dies muß in einer Zeit des so erschwerten Daseinskampfes ganz besonders hervorgehoben werden. Nur dem Umstand, daß Alle von dem Prinzip beseelt sind, ihren kleinen Schützlingen beizustehen und in dem Gedeihen der Kinder wahre Befriedigung und in der Anhänglichkeit der Mütter aufrichtige Freude empfinden, ist es zuzuschreiben, daß alle Mitarbeiter ihre eigenen Ansprüche mit Rücksicht auf die Erhaltungserfordernisse der Aktion, sehr niedrig stellen.

Von Seiten des Verbandes der Krankenkassen wird der Aktion pro Kind und Monat ein bestimmter Betrag bewilligt, der sich all-

mählich vergrößert, derzeit auf zwei Schillinge beläuft. Auch neun andere Krankenkassen haben sich zu einer solchen Beitragsleistung entschlossen. Allerdings stellen die Kinder des Verbandes die Hauptmasse dar. Die Zahl der Kinder, deren Eltern keiner Krankenkasse angehören, ist relativ klein. Die Zugehörigkeit unserer Kinder zu den Krankenkassen geht aus Tabelle 2, siehe unten S. 51 hervor, die auch die monatliche Frequenz der Mutterberatungsstellen darstellt.

Von den ständig in Fürsorge unserer Beratungsstellen stehenden 10.000 Kindern gehörten im Jahre 1924 an:

Verband der Krankenkassen Wiens, Niederösterreichs und des Burgenlandes .....	66,3%
Wiener Bezirkskrankenkasse .....	3,2%
Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten .....	3,3%
Krankenkasse der Bundesbahnen .....	2,8%
Krankenkasse für Bedienstete und Arbeiter der städtischen Straßenbahnen .....	0,6%
Krankenkasse des Gremiums der Wiener Kaufmannschaft .....	3,6%
Krankenfürsorgeanstalt der städtischen Angestellten .....	2,1%
Kinder, kleinerer Krankenkassen oder keiner Krankenkassen zugehörig .....	18,1%

Mit dem Verein „Säuglings- und Kleinkinderfürsorge“ wurde ein Abkommen getroffen, daß diesem für die dem Verband der Krankenkassen gehörigen Kinder die gleiche monatliche Beitragsleistung zugeführt wird. Damit wurde erreicht, daß die Mütter mit ihren Kindern in die, ihrem Wohnort nahegelegenen neun Beratungsstellen dieses Vereines gehen und dadurch weite Wege ersparen können. Als Ersatz dieser Abgabe der Krankenkassenbeiträge erhält die Kriegspatenschaft vom „Exekutivkomitee für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge“, das im Volksgesundheitsamt des Bundesministeriums für soziale Verwaltung untergebracht ist, auf Grund der Spenden des Amerikanischen Commonwealth Fonds, der in dankenswerter Weise die österreichische Säuglingsfürsorge mit Spenden bedenkt, einen entsprechenden Beitrag. Die Krankenkassenbeiträge betragen rund 6 bis 7000 Schillinge, jene des Exekutivkomitees 2000 Schillinge pro Monat.

Jede Beratungsstelle hat ihren leitenden Arzt, eine Haupt- und eine Hilfsfürsorgerin. Die Hauptfürsorgerinnen sind hauptamtlich angestellt. Ihre Tätigkeit besteht in den Hausbesuchen, bei welchen die Mütter im häuslichen Milieu beraten und zum Besuche der Mutterberatungsstelle aufgefordert werden. Durch diese Hausbesuche werden die häuslichen und wirtschaftlichen Verhältnisse, unter denen Mutter und Kind leben, erfaßt. Dem beratenden Arzt werden diese mitgeteilt und er, sowohl wie die Fürsorgeschwester haben eine Richtschnur, nach welcher Beratung und Befürsorgung geschehen können. Die Mütter empfinden diese Anteilnahme ungemein wohltuend. In eigenen Kursen wurden die Fürsorgerinnen ausgebildet. Bei diesen Kursen werden

nicht allein die Fragen des Mutterschutzes und der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge behandelt, sondern auch der Zusammenhang der Kinderfürsorge mit der allgemeinen Fürsorge, z. B. mit der Rechtsfürsorge, Armenfürsorge usw. eingehend gewürdigt. Auch jetzt noch werden von mir Wiederholungs- und Fortbildungsvorträge gehalten, die ständig gut besucht sind und von großem Interesse unserer Fürsorgerinnen zeigen. In seminarartigen Aussprachen werden die Aufgaben der Fürsorgerin besprochen, die aus der Praxis geschöpften Mitteilungen geben wieder Anlaß zum Austausch der Meinungen und Belebung des Interesses.

Im Jahre 1924 z. B. wurden von unseren Fürsorgerinnen 22.241 Hausbesuche gemacht. Dazu kommen noch die Hausbesuche, welche von Seiten der Fürsorgerinnen des Verbandes der Krankenkassen gemacht werden. Diese Fürsorgerinnen vierzehn an der Zahl, bilden mit denen der Kriegspatenschaft eine Arbeitsgemeinschaft. Der Fürsorgedienst ist im allgemeinen in der Weise organisiert, daß die Fürsorgerinnen der Krankenkassen die zu befürsorgende Frau im schwangeren Zustand und nach der Entbindung durch sechs Wochen, während welcher sich die Mutter der Lohnarbeit enthalten muß, besucht, während die Fürsorgerin der Kriegspatenschaft nach dieser Zeit die Hausbesuche abstattet. Bei den Frauen, die keiner Krankenkasse angehören, oder einer anderen, als der des Verbandes, machen die Fürsorgerinnen der Kriegspatenschaft alle Hausbesuche selbst. Es kann nicht genug lobend die Tatsache vermerkt werden, daß die Zusammenarbeit der beiden Kategorien der Fürsorgerinnen sich in harmonischer, gegenseitig unterstützender und ergänzender Weise vollzieht.

Die Arbeitseinteilung und -überwachung der Fürsorgearbeit der Fürsorgerinnen des Verbandes der Krankenkassen wird durch die Oberfürsorgerin E. ALBERTI, im Verein mit dem Inspektorat des Verbandes (Inspektor F. WODAK), jene der Kriegspatenschaft durch die Oberfürsorgerin L. LÖHR durchgeführt. Die gesamte Organisation des ärztlichen- und Fürsorgedienstes obliegt mir selbst. Diese große und verantwortliche Arbeit hätte ich nie durchführen können, wären nicht alle Mitarbeiter, Ärzte und Fürsorgerinnen von jenem Idealismus beseelt, der die Voraussetzung für eine gedeihliche Fürsorgetätigkeit ist, und von Beginn unserer Aktion an auch alle anderen Mitarbeitenden erfüllt hat. Im Laufe der Zeit schied eine Reihe von Mitarbeitern aus. Ihre Hingebung an die Fürsorgearbeit steht bei uns in ständiger dankbarer Erinnerung.

Die Tätigkeit der Fürsorgerin erschöpft sich nicht allein in den Hausbesuchen. Auch in der Mutterberatungsstelle selbst ist sie sowohl fürsorgerisch, als auch administrativ, und zur Assistenz des Fürsorgearztes tätig. Sie wird noch durch die Hilfsfürsorgerin unterstützt, welche gewöhnlich das Abwägen der Kinder besorgt, den Müttern behilflich ist und ebenfalls administrative Dienste zu verrichten hat.

In nachfolgender Zusammenstellung sind die Mutterberatungsstellen, die derzeit im Betriebe sind, angeführt:

Mutterberatungsstellen der „Kriegspatenschaft“

Beratungsstellen	Ärzte	Fürsorgerinnen
I, Dorotheergasse 6	Dr. Julius Steinko	Ida Eisner
II, Unt. Augartenstr. 35	Dr. Ludwig Fischl	Edith Konec Berta Raubitschek
III, Petrusgasse 13	Dr. K. Kundratitz	Ida Eisner Marie Toma
V, Gassergasse 44	Dr. Karl Illing	Elsa Pernitza Ada Hauschka
VI, Sandwirtgasse 3	Dr. H. Freudenthal	Amalie Brauch * Gertrude Lippert *
VII, Hermannsgasse 24	Dr. Alex. Jehle	Minna Boskowitz Antonie Schmidt
IX, Lazarettgasse 14	Dr. Ludw. Büchler	Julie Bohunovsky Paula Kantsch
IX, Schlagergasse 5	Dr. H. Moro	Martha Roth
X, Triester-Spital	Dr. Otto Gersuny	Anna Ellinger Hermine Rydl *
X, Gellertplatz 2	Dr. Ilse Zimmermann	Helene Aigner Franziska Streer *
XII, Steinbauergasse 2	Dr. Eugen Stransky	Marie Rappold * Antonie Salomon *
XII, Hufelandgasse 2	Dr. Rosenfeld	Dora Steiner
XIII, Missindorfstraße 9	Dr. Oskar Altschul Dr. Oskar Loewy	Hilde Naske Rosa Schmidt * Johanna Formanek *
XIV, Sechshauserstraße	Dr. Hermann Adolf	Paula Lippert
XIV, Bened. Schellingerg. 2	Dr. Marianne Allina	Grete Raufer
XIV, Hollochergasse 4	Dr. Marg. Paschkis Dr. Winkler	Aug. Melzer Marie Kobos

Anmerkung: Die mit \* versehenen sind Fürsorgerinnen des Verbandes der Krankenkassen.

Mutterberatungsstellen der „Kriegspatenschaft“  
(Fortsetzung)

Beratungsstellen	Ärzte	Fürsorgerinnen
XVI, Neulerchenfelderstr. 84	Dr. C. Safař	Martha Roth Mathilde Fink
XVI, Wilhelminenspital	Dr. Julius Viertl	Marie Sperl Franziska Handl
XVII, Beheimgasse 62	Dr. R. Pilpel- Holländer	Hermine Opawa * Johanna Doré *
XVIII, Reichsanstalt	Dr. Julius Franke	Hilde Horatschek
XIX, Nußwaldgasse 2	Dr. Rudolf Weiß	Marie Sauer Paula Mehl
XX, Rauscherstraße	Dr. Olga Nußbaum	Anna Posselt Else Heuduschka
XX, Pöchlarnstraße 12	Dr. Moritz Löwy	Hilde Jenkner A. Schick
XXI, Schleifgasse 1	Dr. Hift	Henriette Kolař Josefine Chiulanti *
XXI, Stadlau, Konstanziagasse 50	Dr. Kotzitschek- Koref	Karla Kaiser *

Anmerkung: Die mit \* versehenen sind Fürsorgerinnen des Verbandes der Krankenkassen.

Die Hauptarbeit bei der Mutterberatung in der Fürsorgestelle fällt dem Fürsorgearzt zu. Es stehen 26 Ärzte im Dienst unserer Fürsorge. Diese Zahl ist seit drei Jahren konstant. Darunter auch Ärzte, die schon seit vielen Jahren, ja selbst seit Beginn der Aktion tätig sind. Die ärztliche Beratung ist vornehmlich Aufklärungsarbeit. Der Fürsorgearzt ist nicht nur der ärztliche Ratgeber der Mütter, der sie über den Gesundheitszustand des Kindes aufklärt und auch auf vorhandene Krankheits- oder vom Normalen abweichende Zustände beim Kinde aufmerksam macht, er ist nicht nur der Lehrer der Mütter, der sie in der Prophylaxe der Kinderhygiene schult, damit bei der Pflege, Ernährung und Erziehung des Kindes keine Fehler geschehen, sondern er ist auch Fürsorger im engeren Sinn des Wortes, der bestrebt ist, die soziale Lage von Mutter und Kind zu erfassen und entsprechend dieser bei der Beratung in jedem einzelnen Fall individualisierend vorgeht. Die vielen, mehr oder minder ausgesprochenen Sorgen und Kümernisse, welche auf der Mutter, sei es durch unbefriedigendes Gedeihen des Kindes

sei es durch wirtschaftliche Not, sei es durch Familienzwist usw., lasten, sie werden dem Fürsorgearzt anvertraut. Die Mütter besuchen gern die Beratungsstelle, da sie im Fürsorgearzt und der Fürsorgeschwester anteilnehmende Menschen finden. Oftmals sind es nur kleinliche Ursachen, welche bei der Mutter, die durch die Mutterschaft in ihrem seelischen Gleichgewicht schwankend wurde, unverhältnismäßig starke Zustände von Aufgeregtheit oder Depression hervorrufen. Die Angst um das Kind, die durch eine unverständige Umgebung gesteigert wird, nimmt oft ganz außergewöhnliche Grade an. Sie steht oft in keinem Verhältnis zu dem tatsächlichen somatischen Befund und wird erst durch die Zusprache und Aufklärung des Arztes zerstreut. Wenn sich dann die Mutter von der Richtigkeit des ärztlichen Rates und der Unrichtigkeit jener Ratschläge ihrer Umgebung überzeugt hat, die sich gewöhnlich auf die in früheren Jahrzehnten und Jahrhunderten gepflogenen Gebräuche oder, besser gesagt, Mißbräuche zurückführen lassen, wenn sie sich bei dem weiteren Besuch der Beratungsstelle vom Gedeihen des Kindes, von der ständigen Gewichtszunahme überzeugen kann, so bleibt sie auch eine treue Anhängerin der Fürsorgestelle. Sie verbreitet die aufgenommenen Lehren an andere Frauen ihres Bekanntenkreises, veranlaßt diese, gleichfalls die Beratungsstelle aufzusuchen. So pflanzen sich die ärztlich erteilten Ratschläge von Mund zu Mund weiter. In den Vorstadthäusern mit ihren zahlreichen Familien der gleichen sozialen Schichte treten die Frauen einander nahe, besprechen die in der Beratungsstelle erhaltenen Aufklärungen und verbreiten sie auf diese Weise in immer weitere Kreise.

Aus allen Beratungsstellen melden unsere Ärzte, die schon längere Zeit daselbst wirken, daß die Mutter, die einmal mit ihrem ersten Kind die Beratungsstelle aufgesucht hat, auch mit dem folgenden zweiten, dritten und weiteren Kinde kommt. Es bietet stets eine gewisse Freude und Genugtuung, wenn diese Mutter beim Erscheinen mit den dem ersten Kinde nachgefolgten Kindern die Ratschläge des Arztes und der Fürsorgerin befriedigt mit dem Hinweis entgegennimmt, daß sie das alles schon vom ersten Kind her wisse und daß sie auch beim jetzigen Säugling in gleicher Weise vorgehen werde, weil „ja das erste Kind so gut gediehen sei“. In unseren Beratungsstellen herrscht durchwegs ein freundlicher Ton. Die Mütter, stolz und glücklich über das gute Gedeihen der Kinder, über das Lob, das ihnen der Arzt spendet, unterdrücken die Sorgen des Alltags und geben sich ihrer vom Mutterglück getragenen freudigen Stimmung hin, welche das Milieu der Mutterberatungsstelle kennzeichnet und von jenem des Ambulatoriums unterscheidet, wo die Mütter mit dem kranken Kind erscheinen und von der Sorge um dasselbe bedrückt sind. Die systematische Aufklärungsarbeit unserer Ärzte, die kraft ihrer ausgezeichneten langjährigen Spezialausbildung auf dem Gebiete der Kinderheilkunde und ihrer durchwegs langen Tätigkeit in den Beratungsstellen sich das Vertrauen unserer

Mütter zu erwerben imstande waren, ist Volkserziehung im weitesten Sinn des Wortes.

Es würde zu weit führen und es dürfte wohl überflüssig sein, hier anzuführen, welch unglaublich falsche Ansichten noch im Volk verbreitet sind, wie Aberglauben und Vorurteile die Gemüter beherrschen, wie gerade die jungen Mütter, die ihrem Kinde fast selbst wie ein Kind gegenüberstehen, ganz besonders für derartige Überlieferungen empfänglich sind und wie es eindringlicher Beredungskunst und Überzeugungskraft von seiten des beratenden Arztes und der Fürsorgeschwester bedarf, um den Müttern die Falschheit und Gefährlichkeit ihrer Ansichten auseinander zu setzen und den Lehren der modernen, wissenschaftlich erprobten Kinderhygiene Gehör und Durchführung zu verschaffen.

Unsere Aktion hat schöne Erfolge erzielt. Diese statistisch zu erfassen, ist nicht leicht. Der Haupterfolg ist die durch die systematische Mutterberatung erzielte Schulung der Mütter zu guten Erzieherinnen ihrer Kinder. Die Verbreitung der richtigen Gesundheitslehren unter

Tabelle 2. Zahl der Besuche in den Mutterberatungsstellen, geordnet nach der Krankenkassenzugehörigkeit der Eltern, vom 1. Jänner bis 31. Dezember 1924

Monat	Verb.d.Krankenk. Wiens, Nied.-Öst. u. d. Burgenlandes	Wiener Bezirks-Kranken- kasse	Krankenversiche- rungsanstalt der Bundesangestellt.	Krankenkasse der Bundesbahnen	Krankenk. f. Bed. u. Arb. d. städt. Straßenbahnen	Krankenkasse d. Gremiums d. Wr. Kaufmannschaft	Krankenfürsorge- anstalt der städt. Angestellten	Kleine Kran- kenk. u. ohne Krankenk.	Summe
Jänner . . .	4074	200	209	169	60	221	123	1061	6117
Februar . . .	3717	182	186	158	54	213	117	965	5592
März . . . . .	4039	199	179	157	45	215	102	977	5913
April . . . . .	3865	170	177	138	30	186	116	980	5662
Mai . . . . .	3813	203	213	156	33	218	142	1007	5785
Juni . . . . .	3566	170	189	140	29	193	111	927	5325
Juli . . . . .	3615	180	159	146	20	171	106	908	5305
August . . . .	3623	183	186	155	25	208	123	944	5447
September . .	3880	167	201	152	33	241	124	1057	5855
Oktober . . .	3821	175	213	171	47	226	123	1162	5938
November . .	3414	163	169	163	30	168	117	1084	5308
Dezember . .	3057	148	159	154	31	144	92	1056	4841
Summe	44484	2140	2240	1859	437	2404	1396	12128	67088
	d. i.	d. i.	d. i.	d. i.	d. i.	d. i.	d. i.	d. i.	d. i.
	66·3%	3·2%	3·3%	2·8%	0·6%	3·6%	2·1%	18·1%	100%

Tabelle 3. Durchschnittsgewicht der Kleinkinder in Kilogramm im Vergleich mit den Normalzahlen (....)

Geburts- gewicht	1 Jahr	1-2 J.	2-3 J.	3-4 J.	4-5 J.	5-6 J.	Zahl der Kinder
20							
19						18,91 18,60	= 72
18							= 127
17					16,80 16,46		
16				15,27			= 186
15				14,86			
14			13,45				
13			13,20				= 394
12			11,25				= 1558
11		9,95	10,63				= 1182
10		9,87					
9							
8							
7							
6							
5							
4		3,36					
3		3,28					
2							
1							
kg							

den Müttern des Volkes ist erst dann ein Erfolg, wenn ein Dauererfolg konstatiert werden kann. Dafür spricht, wie schon oben angeführt wurde, der Umstand, daß die Mütter auch mit den dem ersten Kind nachfolgenden Säuglingen weiter zur Fürsorgestelle kamen und daß die Frequenz der Säuglinge unserer 25 Beratungsstellen nicht abgenommen hat, auch seitdem die Verteilung von Lebensmitteln und Sachbeihilfen durch die Beratungsstellen aufgehört hat. Die Mütter bringen uns die Kinder des ärztlichen und des fürsorgerischen Rates wegen, und das ist unser Erfolg, der allen Mitarbeitern zur Befriedigung gereicht.

Insbesondere ist es als ein Erfolg anzusehen, daß nicht nur die Säuglinge, sondern auch die Kleinkinder weiter in unseren Beratungsstellen erscheinen.

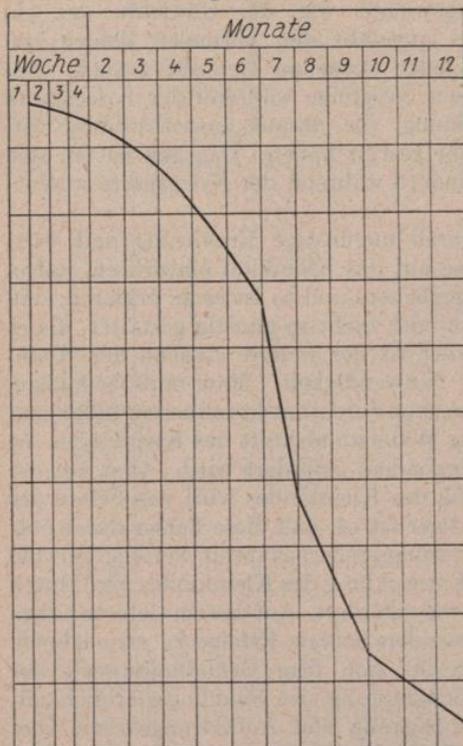
Von rund 10.000 Kindern, die in unserer Fürsorge stehen, entfallen 2500 bis 3000 auf Kleinkinder, also auf die Kinder zwischen vollendetem ersten und fünften Lebensjahr. In der Tabelle 3 sind die festgestellten durchschnittlichen Gewichtszahlen unserer Kleinkinder und die von PIRQUET-CAMERER angegebenen Standardzahlen in Säulenform nebeneinandergestellt. Die Geburtsgewichte wie die Gewichte der ein Jahr alten Kinder entsprechen ungefähr den normalen Zahlen; im Kleinkindesalter bleiben die Kinder etwas an Gewicht zurück. Bekanntlich ist die Sterblichkeit der Säuglinge während der Kriegsjahre zurückgegangen. Eine Erscheinung, die darauf zurückzuführen ist, daß die Mütter ihre Kinder mehr gestillt haben. Dagegen hatten sich die Verhältnisse bei den Kleinkindern während der Kriegsjahre wesentlich verschlechtert.

Die Schädigung, welche durch ungünstige Ernährung und wirtschaftliche Wohnungsverhältnisse auf das Kleinkind einwirkten, haben sich bei weitem noch nicht ausgeglichen, und so ist es zu erklären, daß sich die Entwicklung der Kleinkinder nicht so günstig gestaltet, als es unbedingt notwendig wäre. Daher ist der weitere Ausbau der Kleinkinderfürsorge eine unbedingte Notwendigkeit. Man muß bedenken, daß in diese Lebensperiode die meisten Infektionskrankheiten fallen und daß durch eine Herabsetzung der Widerstandskraft des Kleinkindes die Ausbreitung der Tuberkulose besonders gefördert wird. Auch bei der Erziehung, Pflege und Ernährung des Kleinkindes wird von Seiten der Eltern viel gefehlt. Um so wichtiger ist es, daß diese Fehler durch entsprechende Belehrung in der Beratungsstelle bekämpft werden. Sowohl die körperliche wie die seelische Entwicklung des Kleinkindes wird durch die Verbreitung der richtigen Lehren gefördert. Auf diesem Gebiete haben unsere Beratungsstellen ganz besonders schöne Erfolge zu verzeichnen. Die Hauptarbeit derselben erstreckt sich dem Gründungszweck der Aktion entsprechend auf die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, in erster Hinsicht durch Stillpropaganda und Aufklärungsarbeit über die richtige Pflege und Ernährung des Säuglings.

### Stillhäufigkeit und Stilldauer der befürsorgten Säuglinge im Jahre 1924

Von 1915 Säuglingen, welche im Jahre 1924 das erste Lebensjahr erreichten und diese Zeit in Fürsorge gestanden, wurden gestillt: 1810 Säuglinge=94,5%. Davon:

Über	1 Woche gestillt	1807=94,3%
"	2 " "	1800=94,0%
"	3 " "	1795=93,7%
"	1—2 Monate gestillt	1772=92,5%
"	2—3 " "	1710=89,3%
"	3—4 " "	1561=81,5%
"	4—5 " "	1436=74,9%
"	5—6 " "	1292=67,5%
"	6—7 " "	671=35,0%
"	7—8 " "	461=24,1%
"	8—9 " "	327=17,1%
"	9—10 " "	238=12,4%
"	10—11 " "	174=9,1%
"	11—12 " "	125=6,5%
Tab. 4.	Nicht gestillt wurden	105=5,5%



Stillhäufigkeit und Stilldauer halten sich von der Geburt bis zum vollendeten ersten Halbjahr auf einer besonderen Höhe. Noch im sechsten Monate werden über zwei Drittel der Säuglinge gestillt. Die Abnahme auf ein Drittel im siebenten Monat fällt auffallenderweise mit der Beendigung der Stillprämien von seiten der Krankenkassen zusammen. Die Mütter kommen mit dem Säugling 18- bis 20mal im Jahre in die Mutterberatungsstelle; mit dem Kleinkind 10- bis 20mal.

Die Betriebskosten für ein Kind und Monat betragen im Jahre 1924 1.63 Schilling.

Aus der Tabelle 4 geht hervor, daß die Stillhäufigkeit und Stilldauer ganz besonders hohe Grade erreicht haben. So wurden von 1915 Säuglingen, die im Jahre 1924 das erste Lebensjahr erreichten, 1810, das sind 94,5%, gestillt, und zwar drei Mo-

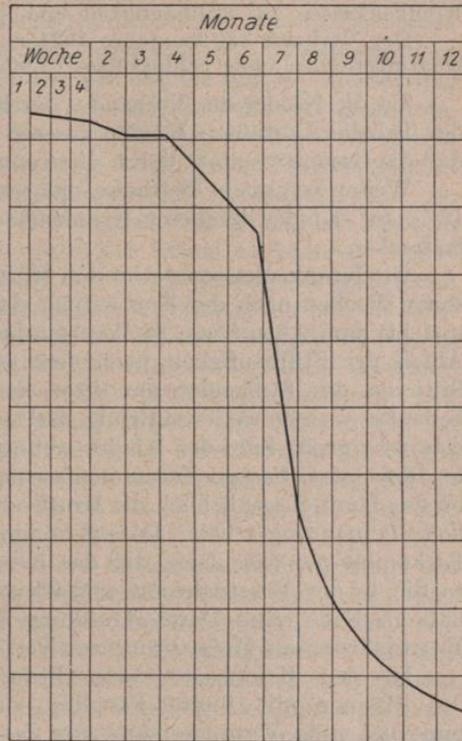
nate 89,3% und sechs Monate 67,5%. Nur 5,5% wurden nicht gestillt.

Die nächste Tabelle 5 stellt die Stillhäufigkeit und Stilldauer der dem Verband der Krankenkassen Wiens angehörigen Säuglinge gesondert dar. Sie umfaßt 1188 Säuglinge, welche im Jahre 1924 das erste Lebensjahr erreichten. Von diesen wurden 1135 Säuglinge, das sind 95,5%, gestillt, und zwar drei Monate lang 91,17% und sechs Monate lang 73,57%, und nur 4,46% der Kinder wurden nicht gestillt.

Stillhäufigkeit und Stilldauer der im Jahre 1924 befürsorgten Säuglinge des Verbandes der Krankenkassen Wiens, Niederösterreichs und des Burgenlandes

Von 1188 Säuglingen, welche im Jahre 1924 das erste Lebensjahr erreichten und diese Zeit hindurch in Fürsorge gestanden, wurden gestillt: 1135 Säuglinge = 95,5%.

Tabelle 5



Davon:

Über 2 Wochen gestillt .....	1135 = 95,37%
„ 3 „ „ .....	1129 = 94,13%
„ 1— 2 Monate gestillt .....	1123 = 93,53%
„ 2— 3 „ „ .....	1095 = 91,17%
„ 3— 4 „ „ .....	1033 = 85,69%
„ 4— 5 „ „ .....	974 = 80,98%
„ 5— 6 „ „ .....	889 = 73,57%
„ 6— 7 „ „ .....	436 = 35,44%
„ 7— 8 „ „ .....	285 = 22,53%
„ 8— 9 „ „ .....	204 = 15,82%
„ 9— 10 „ „ .....	148 = 11,12%
„ 10— 11 „ „ .....	104 = 8,76%
„ 11— 12 „ „ .....	76 = 6,40%
Nicht gestillt wurden .....	53 = 4,46%

Stillhäufigkeit und Stilldauer halten sich von der Geburt bis zum vollendeten ersten Halbjahr noch höher als bei den Säuglingen der ganzen Aktion. Noch im sechsten Monate werden rund drei Viertel aller Säuglinge gestillt. Im siebenten Monate fällt die Zahl auf ein Drittel. Die

Zahlen beweisen deutlich, den Einfluß der Stillprämien von seiten der Krankenkassen auf Stillhäufigkeit und Stilldauer.

Der Verband hat im Jahre 1924 an den Betriebskosten der Mutterberatungsstellen ohne Stillprämien 63.000 Schilling beigesteuert.

Da die Kinder des Verbandes der Krankenkassen über 66% der in der Tabelle 2 erfaßten Kinder unserer Aktion ausmachen, so ist klar, daß die Gesamtergebnisse durch diese ganz wesentlich beeinflußt werden.

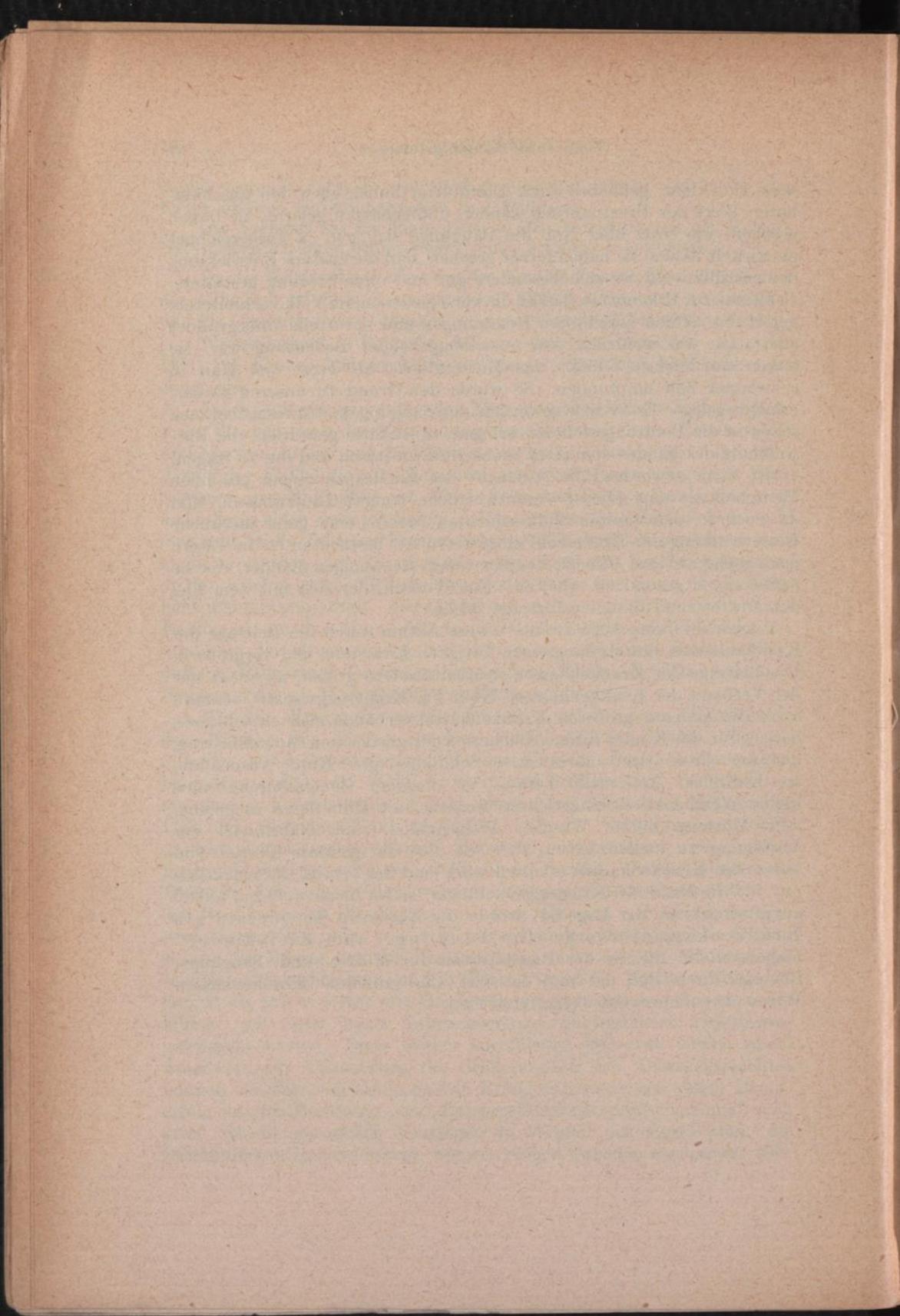
Weiter kommt in Betracht, daß von den restlichen 34% sich rund 18% auf Kinder kleinerer Krankenkassen oder ohne Krankenkassen erstrecken.

Die Krankenkassen geben den Müttern Stillgelder, und zwar durch sechs Wochen nach der Entbindung das eineinhalbfache Krankengeld und bis zum Ablauf von 26 Wochen das halbe Krankengeld. Der jähe Abfall der Stillhäufigkeit nach dem sechsten Monat hängt mit dem Sistieren des Stillgeldes um diese Zeit zusammen. Immerhin aber bedeutet es einen weiteren Erfolg, daß auch über diese Zeit hinaus noch eine sehr große Zahl der Kinder weitergestillt wird. Bemerkt sei, daß in dieser statistischen Zusammenfassung nicht zum Ausdruck kommt, ob das Kind ausschließlich die Brust oder neben der Brust noch künstliche Beinahrung erhält. Darauf kommt es aber nicht sonderlich an. Es kommt nur darauf an, daß das Kind überhaupt gestillt wird, daß es die in der Brustnahrung enthaltenen unersetzlichen Stoffe erhält, daß im Falle einer Darmerkrankung dem Kinde die lebensrettende Brustnahrung als Heilnahrung zur Verfügung steht.

In der Kriegszeit waren Frauen, welche nach Einrückung der Männer mit ihrem Säugling zurückgeblieben waren, da sie nun die volle Verantwortung für das Kind zu tragen hatten, ganz besonders auf dessen Wohl bedacht und erfüllten ihre Stillpflichten aus diesem Verantwortungsgefühl heraus mit besonderer Hingebung. Daß der Rat, ihr Kind zu stillen und die Verteilung von Stillprämien durch unsere Aktion hier mit unterstützend und fruchtbringend gewirkt hat, ist wohl ohne Zweifel. Dann kommt in Betracht, daß, als in den weiteren Kriegsjahren und namentlich in der Nachkriegszeit die Milchnot eintrat, oft eine nur minderwertige, verdorbene Milch oder solche in ungenügender Menge zur Verfügung stand, die Mütter vor der Verabreichung einer solchen Milch an die Kinder zurückschreckten und in dieser Furcht die Kinder stillten, oft länger, als wir es selbst mit Rücksicht auf das schlechte Aussehen der Mütter, auf ihren durch Nahrungsmangel geschwächten Organismus gewünscht hatten. Diese beiden angeführten Momente trugen gewiß wesentlich zur Vermehrung der Stillhäufigkeit bei. Dessenungeachtet können wir aber von einem großen Erfolg und sogar von einem Dauererfolg unserer Beratungs- und Fürsorgetätigkeit sprechen, zumal auch jetzt, da die genannten Umstände in Wegfall gekommen sind, die Stillhäufigkeit und Stilldauer, wie aus obigen Tabellen hervorgeht, sehr

hohe sind, bzw. geblieben sind. Die Mütter haben eben den unschätzbaren Wert der Brustnahrung kennen und schätzen gelernt, sie haben gesehen, wie trotz aller Not die Säuglinge sich gut, ja ausgezeichnet entwickelt haben, sie haben ferner gesehen, daß die spätere Entwicklung der gestillten Kinder sich besonders gut und ohne Störung gestaltete, sie kamen zur Erkenntnis, daß all die verschiedenen, im Volk verbreiteten, gegen das Stillen gerichteten Hemmungen und Vorurteile unbegründet sind und, was wohl mit von ausschlaggebender Bedeutung war, sie haben das höchste Glück, das Mutterglück, als Trost und Halt in schwerster Zeit empfunden. So wurde der Grund zu unseren Dauererfolgen gelegt. Es ist Sitte geworden, den Säugling, ja den Neugeborenen schon in die Beratungsstelle zu bringen, es ist Sitte geworden, die Entwicklung des Kindes vom Arzt beobachten zu lassen und ihn zu fragen, es ist Sitte geworden, die Aufzucht des Kindes zu einem gesunden Menschen als eine höchst verantwortliche Aufgabe aufzufassen, und da auch in den breiten Volksschichten bereits eine ganz merkliche Einschränkung der Kinderzahl eingetreten ist, betrachten es die Eltern noch mehr als ihre Pflicht, das eine oder die wenigen Kinder, die sie haben, auch gesund zu erhalten. Ein Wunsch, der sich mit dem Ziel der Mutter- und Säuglingsfürsorge deckt.

Auch im Jahre 1925 konnte unsere Aktion durch die Beiträge der Krankenkassen ihre umfangreiche Tätigkeit fortsetzen und vergrößern. Die Beiträge der Krankenkassen wurden insofern größer, als nicht nur der Verband der Krankenkassen, Wien VI, Königseggasse 10, sondern auch die anderen größeren Krankenkassenverbände sich entschlossen haben, für die Kinder ihrer versicherten Mitglieder den Monatsbeitrag, der am Ende des Jahres zwei Schillinge pro Kopf ausmachte, zu bezahlen. Außerdem konnte in unserem Zentralbureau eine kleine Wäscheaktion eingerichtet werden, mit Hilfe deren es gelang, den Müttern billige Wäsche, Pflegeartikel und Nahrungsmittel zur Verfügung zu stellen. Nun aber, da fast der gesamte Betrieb von seiten der Krankenkassen erhalten wird, und der Verein, der eigentlich nur für die Dauer des Krieges gedacht war, selbst keine weiteren Mittel aufzubringen in der Lage ist, wurde die Aktion in die „Vereinigte Krankenkassenfürsorge für Säuglinge und Kleinkinder“ umgewandelt, die in der Reichsanstalt für Mütter- und Säuglingsfürsorge ihren Sitz hat und der fast alle größeren Krankenkassen Wiens erfreulicherweise beigetreten sind.



### III.

## Fünf Jahre Erholungsfürsorge der „Vereinigten österreichischen Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder“

Zentrale: Wien XVIII, Glanzinggasse 37 (Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge)

### A) Vorwort

Von Hofrat Professor Dr. LEOPOLD MOLL.

Direktor der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge, Wien, Leiter der „Vereinigten österreichischen Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder“

Es war in der Zeit der größten Nahrungsmittelnot nach dem Kriege, als ich im Schoße des „Britischen Hilfswerkes“, welches in Österreich reichliche Gaben zur Stillung der Hungersnot verteilte, den Antrag stellte, Kinder, denen im Familienhaus, sei es durch den Tod des Vaters, sei es durch sonstige Verwaisung, nicht die nötige Erziehung und Ernährung zuteil wurde, in Ersatzfamilien unterzubringen. So wurde eine Kostkinderaktion gegründet und viele Kinder bei Pflegeeltern am Lande untergebracht. Da aber unter den Kindern sehr viele waren, die bereits den Keim der tuberkulösen Erkrankung in sich trugen und solche nicht in gesunden Bauernfamilien untergebracht werden konnten, ergab sich die Notwendigkeit, diese Kinder in Erholungsheime oder Heilstätten zu entsenden. Damals hat der britische Gesandte, High Commissionaer HON. FRANCIS O. LINDLEY in bereitwilligster Weise in Erkenntnis der Wichtigkeit dieser Forderung die Zusage einer größeren Hilfe durch das Britische Hilfswerk davon abhängig gemacht, daß auch das Inland sich an der Gründung einer solchen Aktion beteilige. Es war ein glücklicher Gedanke, daß ich diese Forderung dem Verband der Krankenkassen Wiens und Niederösterreichs unterbreitete. Und so kam es zur Gründung der „Vereinigten In- und Auslandshilfe für tuberkulös gefährdete Kinder“, die unter dem Ehrenschutze des Herrn Bundespräsidenten Dr. MICHAEL HAINISCH steht. Die Krankenkassen bewilligten ohne Unterschied namhafte Beiträge zu den Verpflegskosten der Kinder in den Heimen und Heilstätten. Auch die Eltern wurden zur Leistung von kleineren Beiträgen herangezogen. Der nicht gedeckte Anteil der Unterbringungskosten wurde aus den Mitteln des Britischen Hilfswerkes entnommen. Als aber im Jahre 1923

das vom Britischen Hilfswerk zur Verfügung gestellte Geld völlig aufgebraucht war, übernahmen die Krankenkassen in Würdigung des bereits erzielten Erfolges durch ihre Beiträge die Zahlung der gesamten Verpflegskosten für die Kinder. Die Eltern hatten dann nur einen Regiebeitrag für Transportkosten und sonstige Spesen zu bezahlen. Im letzten Jahre haben die Krankenkassen in besonders bedürftigen Fällen auch diese Regiebeiträge zum Teil oder zur Gänze übernommen. Die Aktion ist daher völlig auf die Beiträge der Krankenkassen aufgebaut und dementsprechend wurde auch der Titel der Aktion in „Vereinigte österr. Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder“ umgeändert.

Seit dem Bestande der Aktion, d. i. seit dem 1. April 1921, bis zum 30. September 1925, wurden durch die Aktion insgesamt 13.220 Kinder in Heimen und Heilstätten untergebracht. Die Kinder verbrachten dort zusammen 817.300 Verpflegstage; auf ein Kind entfallen rund 60 Verpflegstage. Die Heime befinden sich in den österreichischen Alpengegenden; außerdem wurden sehr viele Kinder im Jahre 1923 an die Ost- und Nordsee und ins deutsche Mittelgebirge, seit dem Jahre 1924 an die italienische Adria und italienische Riviera entsendet.

Diese umfangreichen Leistungen unserer Erholungsfürsorge wurden mittels eines verhältnismäßig kleinen Apparates erzielt, weil die Zentralstelle zur Aufnahme und Untersuchung der Kinder der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge angegliedert ist und Ärzte und Schwestern der Reichsanstalt bei der Untersuchung der Kinder mitgewirkt haben. Außerdem stehen die sonstigen klinischen Einrichtungen der Reichsanstalt, wie Ambulatorium, Röntgenzimmer, Laboratorium usw. zur Verfügung. Viele Kinder werden nach Rückkehr aus den Heimen in der Ambulanz der Reichsanstalt ambulatorisch nachbehandelt (Höhensonne usw.).

Die Leistungen der Krankenkassen sind freiwillige Mehrleistungen, zu welchen sich die Krankenkassen in richtiger Würdigung der Bedeutung einer Prophylaxe der Kindertuberkulose veranlaßt sahen. Die Krankenkassen haben diese Leistungen nicht nur aus humanen, sondern auch aus ökonomischen Gründen auf sich genommen, da durch eine prophylaktische Fürsorge die Kinder einst zu gesunden Arbeitern heranwachsen und dann später die Krankenkassen weniger in Anspruch nehmen werden.

Zu unserer Aktion haben sich zirka 20 Krankenkassen zusammengefunden. Die Vorteile, welche die Zentralisierung in einer einheitlich geleiteten, ärztlichen und administrativen Zentrale mit sich bringen, sind ganz wesentliche:

1. Einheitliche ärztliche Untersuchung.
2. Aufteilung der Kinder in die einzelnen Heime, je nach ihrem Befund und der ärztlichen Indikation für einen Kurort mit Gebirgsklima bzw. Seeklima.

3. Einheitliche Organisation der Transporte.

4. Beaufsichtigung der Kinder in den Heimen durch geschulte Kräfte, Einteilung derselben auf Grund ihrer besonderen individuellen Vorzüge. Die Aufsichtspersonen (Schwestern und Lehrer) sind eigens für diesen Zweck heranzubilden, da das Zusammenleben der Kinder aus den verschiedensten Milieus in einem Heim auch ganz verschiedene Kenntnisse bei der Pflege und pädagogischen Behandlung der Kinder erfordert. Bei einer großen Aktion melden sich viele Schwestern, Kindergärtnerinnen usw. Auf diese Weise können dann geeignete Personen ausgewählt, bzw. jüngere Kräfte durch ältere erfahrene Schwestern herangebildet werden.

5. Die Zentralisierung einer großen Erholungsfürsorgeaktion hat Ersparnisse der Regie zur Folge.

6. Die Zentrale kann Vergleiche zwischen den einzelnen Heimen anstellen und auf Vor- und Nachteile hinweisen, die sich in den Heimen geltend machen, z. B. bei der Zubereitung und Bemessung der Speisen, bei der psychischen und pädagogischen Behandlung der Kinder, beim Auftreten von Krankheiten, insbesondere bei Infektionskrankheiten, bei der Beratung der Eltern usw.

7. Auf Grund zahlreicher Erfahrungen (Nachuntersuchungen) werden die Indikationen für das See- oder Gebirgsklima präziser gefaßt.

Es ist ein großer sozialhygienischer Fortschritt, daß auch den armen Proletarierkindern und den Kindern des verarmten Mittelstandes die vorzüglichen Wirkungen des Gebirgs- und Seeklimas zuteil werden konnten und daß nicht nur allein die reichen Kinder, sondern auch die durch die Nachkriegszeit geschädigten armen Kinder in geeigneten Kurorten in einwandfreien hygienischen Heimen Kräftigung und Gesundheit finden konnten.

Von Zeit zu Zeit finden Kuratoriumssitzungen statt, an welchen die Krankenkassenvorstände teilnehmen und wo über die bisherige Tätigkeit referiert, Voranschläge erstattet und die jeweilige Bilanz vorgelegt wird.

An dem Zustandekommen der Aktion, sowie an dem Ausbau und der Erweiterung derselben haben sich die Vorstände der Wiener Krankenkassen das größte Verdienst erworben. Es ist hier insbesondere für stete Förderung der Aktion dem Vorstand des Verbandes der Krankenkassen und dessen Obmann Herrn Nationalrat LAURENZ WIDHOLZ und dem früheren Direktor Herrn Dr. LEO VERKAUF zu danken. Ferner haben sich ein ganz besonderes Verdienst um die Krankenkassenhilfe Herr Präsident Kommerzialrat ADOLF PASCHINGER und Herr Direktor JOSEF BREIT von der Bezirkskrankenkasse, sowie Herr Generaldirektor Ministerialrat ALFRED KORSCHINEK von der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten sowie Herr Sekretär ZINRAM und Herr Inspektor WODAK vom Verband der Krankenkassen er-

worben. Diesen genannten Herren sowie den Vorständen der übrigen Krankenkassen, und zwar der Krankenfürsorgeanstalt der Wiener städtischen Angestellten und Bediensteten, Krankenkasse der österreichischen Bundesbahnen, Krankenkasse der Handlungsgehilfen Wiens, Krankenkasse „Einigkeit“, Arbeiterkrankenkasse des Gremiums der Wiener Kaufmannschaft, Krankenkasse der Bediensteten und Arbeiter der städtischen Straßenbahnen in Wien, gemeinsame Gehilfenkrankenkasse der Gastwirte und Kaffeesieder, Krankenkasse der Wiener Bank- und Sparkassenangestellten, Krankenunterstützungskasse „Collegialität“, Krankenkasse der Versicherungsangehörigen, Krankenkasse der gewerblichen Hilfsarbeiter bei den Genossenschaften der Fleischhauer und Fleischselcher, Krankenkasse der Eisenbahn Wien-Aspang, Allgemeine Ober-Oesterr. Arbeiter-Kranken- u. Unterstützungskasse in Linz gebührt mein bester Dank.

Eine wesentliche Erleichterung erfuhr die Aktion dadurch, daß das Volksgesundheitsamt im Bundesministerium für soziale Verwaltung bei der Beschaffung der Pässe in bereitwilligster Weise behilflich war; insbesondere hat Herr Ministerialrat Dr. ALFONS FORAMITTI die Aktion stets gefördert und wiederholt Inspektionsreisen mit mir in die italienischen Heime unternommen und mir hiebei durch seinen wertvollen Rat in nicht genug hochzuschätzender Weise geholfen.

Ebenso danken wir der österreichischen Bundesbahnverwaltung für besondere Begünstigungen, für die Bewilligung der Beförderung der Kindertransporte mittels Schnellzügen und für die Beistellung von separaten Waggons.

Auch durch das Entgegenkommen der Generaldirektion der italienischen Eisenbahnen wurde unserer Aktion eine ganz außergewöhnliche Unterstützung zuteil. Unsere Kindertransporte, sowie die Begleitpersonen genießen auf den italienischen Eisenbahnen eine etwa 75%ige Ermäßigung. Durch die Erlaubnis, Schnellzüge zu benützen, ist es möglich, daß unsere Kindertransporte in weniger als 24 Stunden von Wien bis nach Rimini befördert werden.

Ein so großes Werk ist nur dann zu vollbringen, wenn man über geeignete Hilfskräfte verfügt. An dieser Stelle danke ich meinem Assistenten Herrn Dr. HERBERT EBERHARTINGER, dem Arzt der Vereinigten österreichischen Krankenkassenhilfe, der Oberschwester der Aktion, Sr. Olga Hedbavny, sowie den Schwestern der Zentrale, Sr. Gertrud Ostry, Sr. Traute Richter, Sr. Gerda Fuchs, der Oberschwester der Reichsanstalt Sr. Klara Bertha und den leitenden Schwestern in den einzelnen Heimen, Sr. Pia Kohlhepp, Sr. Angela Burgauner, Sr. Elfriede Sikora, Sr. Martha Träger, Sr. Britta Bergmann, für ihre Mitarbeit. Auch den Assistenten der Reichsanstalt, Herrn Dr. Eugen Stransky, Herrn Dr. Oskar Löwy, Herrn Dr. Julius Franke, welche in hingebungsvoller Weise freiwillig die Untersuchungen der Kinder im Sommer durchgeführt haben, gebührt wärmster Dank.

Schließlich ist es mir eine angenehme Pflicht, auch den Leitungen und Ärzten der einzelnen Heime für die aufopferungsvolle Pflege bzw. ärztliche Behandlung unserer Kinder zu danken, so den Kuratoriumsmitgliedern des Ospizio Marino Bolognese in Rimini, Herrn Prof. Gnudi und Herrn Prof. Boselli von der Universität in Bologna, Herrn Direktor Canettoli, weiters dem Chefarzt des genannten Hospizes, Herrn Dr. Giuseppe Gelli, der sich der Wiener Kinder besonders liebevoll annahm, dann der von der Aktion angestellten Ärztin Frau Dr. Minna Margulies, ferner den Leitern der Seehospize in Riccione, Herrn und Frau Lucio Amati, Herrn Giuseppe Amati, Herrn Bertazzoni und dem behandelnden Arzt unserer Kinder in Riccione, Herrn Primarius Dr. Seraphini. Ferner sei dem Herrn Stadtrat Dr. Härtwig und dem Herrn Fachlehrer Paul Anke von der Kinderwalderholungsstätte Chemnitz in Auerswalde in Sachsen für die Aufnahme und liebevolle Behandlung unserer Kinder herzlichst gedankt. Auch den Leitern und Ärzten unserer österreichischen Heime gebührt unser aufrichtiger Dank, so Herrn Direktor Wendling (Erholungsheim „Auhof“ in Tübnitz), Frau Henriette Weiß, Herrn Chefarzt Dr. Kraus und Herrn Sekretär Marx (Waldschule Alland), Herrn Hofrat Dr. Michel, Präsident des Vereines zur Förderung der Volksgesundheit in Steiermark (Sophienkinderheim in Schloß Grafenegg), ferner dem Herrn Fachlehrer Vetter (Ferienkolonie Oberbildstein in Vorarlberg), den Oberinnen der Anstalten in Admont und Eggenberg, dem Verwalter des Kinderheimes Paulihof am Millstädtersee, Herrn Brandl, weiter den behandelnden Ärzten Herrn Prim. Dr. Dietl, Direktor des Kinderkrankenhauses Schwedenstift, Herrn Dr. Gosch (Sophienkinderheim), Herrn Dr. Smreker (Auhof in Tübnitz), Herrn Dr. Willam (Ferienkolonie Oberbildstein), Herrn Dr. Genger (Admont) und Herrn Medizinalrat Dr. Murmayr (Eggenberg).

Im nachfolgenden soll zunächst über die ärztliche Tätigkeit in der Zentralstelle berichtet werden.

## B) Ärztlicher Bericht

Von Hofrat Professor Dr. LEOPOLD MOLL und  
Dr. HERBERT EBERHARTINGER

### Untersuchungen bei der Aufnahme der Kinder

Rückblickend auf die Zeit des Bestandes der Aktion kann mit Recht gesagt werden, daß während dieser Zeit nicht nur ein großes Stück sozialhygienischer, sondern auch ärztlicher Arbeit geleistet wurde. Die Kinder wurden vor der Entsendung und nach Rückkehr aus den Heimen einer ärztlichen Untersuchung unterzogen. Durch diese zahlreichen Untersuchungen kann einerseits ein objektives Urteil über den Gesund-

heitszustand der Wiener Großstadtkinder in der Nachkriegszeit gefällt, andererseits die Wirkungen des See- und Gebirgsklimas auf tuberkulös gefährdete, erholungsbedürftige Kinder studiert werden.

Schon in einer Mitteilung, welche sich hauptsächlich auf das Jahr 1923 bezieht, konnte dargelegt werden, wie wichtig eine prophylaktische Bekämpfung der Kindertuberkulose ist. In diesem Artikel, welcher in der Nr. 18 des „Arbeiterschutz“ vom Jahre 1923 erschienen ist, wurde auf Grund zahlreicher Körpermessungen und Untersuchungen an unseren Kindern nachgewiesen, daß die Kinder, welche durch unsere Aktion erfaßt werden, zu 70% mit Tuberkulose infiziert waren, d. h., eine positive Tuberkulinreaktion aufwiesen, daß beinahe die Hälfte der Kinder gezwungen war, ständig mit tuberkulösen Familienangehörigen zu leben und daß schließlich diese Kinder auch körperlich in der Entwicklung zurückgeblieben waren und eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen alle möglichen Erkrankungen, insbesondere gegen die Tuberkulose, aufwiesen. Die Kinder waren, wie unsere Untersuchungen aus dem Jahre 1923 ergaben, zum größten Teil hoch aufgeschossen, engbrüstig, untergewichtig und wiesen einen verminderten Hautfettpolster auf.

Unsere Untersuchungen vor der Kur und unsere Nachuntersuchungen wurden auch im Jahre 1924 fortgesetzt und noch weiter ausgestaltet. Außerdem wurden verschiedene Erhebungen über die Wohnverhältnisse, über frühere Erkrankungen der Kinder und ihrer Angehörigen gepflogen.

Über die Wohnverhältnisse der von der Aktion im Sommersemester 1924 befürsorgten Kinder gibt nachfolgende Tabelle 1 Aufschluß:

Tabelle 1

Die Wohnung besteht aus	Im Durchschnitt wohnen in einer solchen Wohnung	Zahl der Wohnungen dieser Kategorien
1 Kabinett, 1 Küche . .	2 Erwachsene, 2 Kinder	184 Wohnungen
1 Zimmer, 1 Küche . . .	2 „ 2 „	1297 „
1 Zimmer, 1 Kabinett, 1 Küche . . . . .	2 „ 3 „	660 „
2 Zimmer, 1 Küche . . .	3 „ 3 „	142 „
2 Zimmer, 1 Kabinett, 1 Küche . . . . .	2 „ 3 „	101 „
2 Kabinette, 1 Küche . .	3 „ 2 „	13 „
1 Zimmer, 2 Kabinette, 1 Küche . . . . .	3 „ 3 „	19 „
3 Zimmer, 1 Küche . . .	2 „ 2 „	12 „
3 Zimmer, 1 Kabinett, 1 Küche . . . . .	2 „ 4 „	10 „
4 Zimmer, 1 Kabinett, 1 Küche . . . . .	3 „ 3 „	3 „

Von 2318 Kindern hatten 957 Kinder = 41% kein eigenes Bett.

Diese Wohnverhältnisse, insbesondere der Umstand, daß so viele Kinder mit anderen Personen das Bett teilen müssen, erfahren eine besonders verhängnisvolle Bedeutung, weil 49% der Kinder ständig mit tuberkulösen Familienangehörigen zusammen wohnen müssen. 304 Kinder unserer Aktion im Sommer 1924 waren infolge Tod der Eltern an Tuberkulose halb oder ganz verwaist. Die nachfolgende



Abb. 1. Pflege- und Erholungsheim „Auhoft“, Türnitz, N.-Ö.

Tabelle 2 enthält die Zahl der Kinder, welche ständig in tuberkulösem Milieu zu leben gezwungen sind.

Tabelle 2. Tuberkulöses Milieu

Pro 1924	Knaben	Mädchen	Summe
Beide Eltern an Tuberkulose gestorben (Doppelwaisen) . .	8	4	12
Vater an Tuberkulose gestorben (Halbwaisen) . . . . .	90	76	166
Mutter an Tuberkulose gestorben (Halbwaisen) . . . . .	61	65	126
Vater an Tuberkulose erkrankt . . .	119	133	252
Mutter an Tuberkulose erkrankt . . .	220	221	441
Beide Eltern an Tuberkulose erkrankt	36	54	90
Geschwister an Tuberkulose gestorben	29	16	45
Geschwister an Tuberkulose erkrankt	54	54	108

Summe der Kinder mit tuberkulösen Familienangehörigen 1240.

Von 2538 beobachteten Kindern dieser Statistik lebten also 1240, das sind 49%, ständig mit tuberkulösen Angehörigen.

Bei der Auswahl der Kinder für eine Unterbringung in Heimen wurden besonders jene Fälle berücksichtigt, wo Vater oder Mutter zur Heilung ihrer Tuberkulose eine Heilstätte aufsuchen mußten. Durch Unterbringung der Kinder wurde vielen tuberkulösen Müttern erst die Möglichkeit gegeben, sich selbst einer Heilstättenbehandlung zu unterziehen.

Weiters ist zu bedenken, daß die Widerstandskraft dieser gefährdeten Kinder infolge der Nahrungsmittelnot in der Kriegs- und Nachkriegszeit

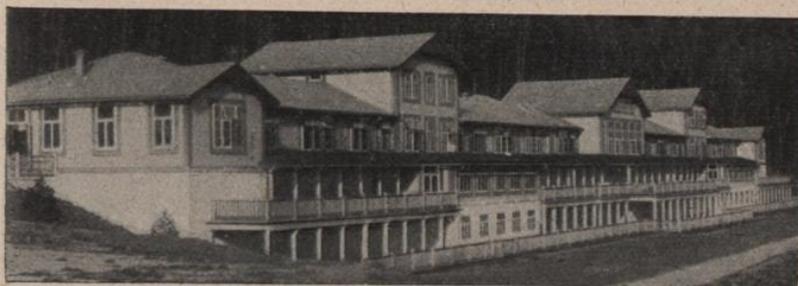


Abb. 2. Waldschule Alland, N.-Ö.

noch immer stark vermindert ist. Unsere zahlreichen Untersuchungen, die wir im Jahre 1924 angestellt haben, ergaben folgendes Resultat:

Tabelle 3  
Unterernährung  
Knaben und Mädchen zusammen

Altersklasse	Zahl der beobachteten Kinder	Davon unterernährte Kinder	Davon stark unterernährte Kinder
3— 6 Jahre .	217	57=26%	80=37%
7—10 „ .	918	270=29%	334=36%
11—14 „ .	1183	331=28%	646=54%
Gesamtsumme	2318	658=28%	1060=46%

63%  
65%  
82%  
74%

Die Diagnose „Unterernährung“ wurde vom untersuchenden Arzt auf Grund des Gesamteindruckes gestellt.

Die nachfolgende Tabelle 4 gibt an, wieviele unter den Kindern, welche im Sommer 1924 durch unsere Aktion einen Erholungsaufenthalt genossen haben, blaß und blutarm waren.

Tabelle 4. Blässe der Haut  
Knaben und Mädchen zusammen

Altersklasse	Zahl der beobachteten Kinder	Davon blasse Kinder
3—6 Jahre	217	148 = 68%
7—10 „	918	658 = 72%
11—14 „	1183	720 = 61%
Gesamtsumme	<b>2318</b>	<b>1526 = 66%</b>

Man sieht also, daß die überwiegende Mehrzahl der Kinder unterernährt, mager, schwächlich ist und eine blasse Hautfarbe aufweist. Bei sehr vielen dieser Kinder findet man Drüsenschwellungen am Hals und Nacken, weiters vergrößerte Tonsillen (Gaumenmandeln), Wucherungen im Nasen- und Rachenraum und sonstige Lymphdrüenschwellungen als Zeichen des lymphatisch-asthenischen Habitus. Eine verhältnismäßig große Zahl der Kinder ist infolge englischer Krankheit in der Entwicklung zurückgeblieben und zeigt noch deutliche Zeichen von überstandener oder zum Teil noch bestehender Rachitis, wie Brustkorbverbildungen, Verkrümmungen der Wirbelsäule und der Extremitäten. Bei vielen Kindern wiederholt sich in der Anamnese die Angabe, daß die Kinder an häufig rezidivierenden Anginen und Bronchialkatarrhen leiden, also in erhöhtem Maß anfällig sind.

Alle diese Kinder sind gegenüber dem eindringenden Keim der Tuberkulose bei den schlechten Ernährungsverhältnissen und der so häufig bestehenden Infektionsgefahr von seiten der tuberkulösen Angehörigen als besonders gefährdet anzusehen.

Zwar erkrankten diese Kinder im Schulalter relativ nicht sehr häufig an Lungentuberkulose, welche aber, wenn sie in diesem Alter auftritt, sehr schwere Formen annimmt. Wir hatten nur bei 3,3% unserer Kinder tuberkulöse Krankheitserscheinungen gefunden (siehe Tabelle 5). Diese Kinder wurden auf mehrere Monate in Heilstätten, wie im Schwedenstift in Perchtoldsdorf, in der Lungenheilstätte in Grafenhof in Salzburg oder in Hörgas bei Graz untergebracht. Der Prozentsatz von 3,3% ist deshalb so gering, weil unsere Aktion eine hauptsächlich prophylaktische ist und wir dementsprechend nur wenige Unterbringungsmöglichkeiten für Fälle offener Tuberkulose besitzen. Solche Kinder werden uns vielfach nicht zugewiesen, bzw. werden von uns von vornherein den Spitälern überstellt.

Bei der Aufnahme der Kinder war eine immer wiederkehrende Klage der Eltern, daß die Kinder appetitlos seien. Diese Appetit-

losigkeit ging vielfach so weit, daß die Kinder stark unterernährt waren, obwohl die besorgten Eltern die besten Speisen ihren Kindern anboten und sich vielfach bei der Auswahl der Speisen nach dem Wunsch der Kinder richteten.

Tabelle 5. Tuberkulose-Morbiditäts-Statistik

Altersklasse	Tuberkulöse Erscheinungen an					Summe
	Lunge	Drüsen	Knochen	Bauchfell	mehreren Organen gleichzeitig	
Knaben						
3—6 Jahre	2	2	3	—	3	10
7—10 „	9	—	2	—	1	12
11—14 „	14	1	2	1	2	20
Summe der Knaben	25	3	7	1	6	42
Mädchen						
3—6 Jahre	5	—	—	—	1	6
7—10 „	14	1	2	—	3	20
11—14 „	26	2	—	—	2	30
Summe der Mädchen	45	3	2	—	6	56
Gesamtsumme der kranken Kinder	70	6	9	1	12	98 = 3,3% von 3224 befürsorgten Kindern

Viele dieser Kinder repräsentieren den Typus des neurolymphatischen Kindes. Die Kinder sind mager, hoch aufgeschossen, blaß, hypotonisch (abstehende Schulterblätter, hängenden, vorgewölbten Bauch). Diese Kinder haben eine rauhe Haut und weisen die schon erwähnte Appetitlosigkeit (sogenannte schlechte Esser) und oft Obstipation auf. Sie zeichnen sich vor allem durch eine nervöse Gereiztheit aus, kommen in der Schule schlecht fort, sind unaufmerksam, können die nötige Konzentration nicht aufbringen und sind überhaupt schwer erziehbar.

Um die Unterernährung und Unterentwicklung der von uns befürsorgten Kinder auch zahlenmäßig zu erfassen und die Beeinflussung des Ernährungszustandes und der Entwicklung durch einen Erholungsaufenthalt objektiv feststellen zu können, wurden vor der Abreise und nach Rückkehr der Kinder in der Zentralstelle der Aktion folgende Daten festgestellt: 1. Körpergewicht, 2. Körperlänge, 3. Sitzhöhe, 4. Brustumfang, 5. Brusttiefe, 6. Brustweite und 7. Fettpolster. Das Verhalten des Fettpolsters wurde durch Messung der Dicke einer Haut-

falte an einer bestimmten Stelle der Bauchwand festgestellt. Hiezu wurde ein speziell hierfür konstruierter Tastzirkel verwendet.

Zunächst verglichen wir die bei unseren Kindern gefundenen Körperlängen mit den Normallängen der betreffenden Altersstufen. Auf Grund von Messungen bei über 250.000 Kindern aus deutschen Städten wurden Normalzahlen (= Durchschnittszahlen) errechnet; und zwar wurden zunächst nach mathematischen Regeln die Werte für das arithmetische Mittel und die „mittlere Abweichung“ bestimmt und dann in Tabellen die sogenannten Zonen zusammengestellt, die durch Abtragen der halben oder der ganzen mittleren Abweichung nach beiden Seiten des arithmetischen Mittels hin entstehen.

Auf diese Weise kann bei jedem einzelnen Kind nicht nur gesagt werden, es sei z. B. für sein Alter zu klein, sondern es kann auch der Grad des Zurückbleibens seiner Größe ausgedrückt werden. (Näheres siehe „Größe und Gewicht der Schulkinder und andere Grundlagen für die Ernährungsfürsorge“, herausgegeben vom deutschen Zentrallausschuß für die Auslandshilfe E. V. durch dessen ärztlichen Beirat. Verlag für Politik und Wirtschaft, Berlin SW 48, Besselstraße 21.) Dieser großen statistischen Arbeit wurden die Durchschnittszahlen für die Zonen des unternormalen, normalen und übernormalen Maßes entnommen, die wir der nachfolgenden Tabelle zugrunde legten.

Tabelle 6. Körperlänge nach Zonen unternormalen, normalen und übernormalen Maßes

Kinder	Zahl der Kinder	Davon klein (kleiner als $M-A$ )*	Davon untermittelgroß ( $M-\frac{1}{2}A$ bis unter $M-\frac{1}{4}A$ )	Davon normal = mittelgroß		Davon übermittelgroß (über $M+\frac{1}{4}A$ bis $M+A$ )	Davon groß (größer als $M+A$ )
				unterhalb des arithmetischen Mittels ( $M-\frac{1}{2}A$ bis unter $M$ )	oberhalb des arithmetischen Mittels ( $M$ bis $M+\frac{1}{2}A$ )		
Knaben	177	16 = 9%	18 = 10%	46	32	23 = 13%	42 = 24%
				78 = 44%			
Mädchen	198	20 = 10%	15 = 8%	26	44	49 = 25%	44 = 22%
				70 = 35%			
Knaben u. Mädchen zusammen	375	36 = 10%	33 = 9%	72	76	72 = 19%	86 = 23%
		19%		148 = 39%		42%	

Es waren also 42% der Kinder übermittelgroß oder groß. Diese hochaufgeschossenen Kinder sind meist recht wenig widerstandsfähig. 19% der Kinder waren kleiner als ihrem Alter entsprach.

1) M = arithmetisches Mittel  
A = mittlere Abweichung

Weiters berechneten wir aus unseren Messungsergebnissen das Pelidisi nach PIRQUET ( $\sqrt[3]{10 \text{ Gewicht} : \text{Sitzhöhe}}$ ). Es ist dies eine Indexzahl, die aus Messungen bei vielen Kindern gewonnen wurde und ein gutes Urteil über den momentanen Ernährungszustand gestattet (siehe „System der Ernährung“ von Pirquet, Berlin, Verlag von Julius Springer).

Tabelle 7. Pelidisi

Zahl der	76 bis 80	81 bis 85	86 bis 90	91 bis 95	96 bis 100	101 bis 105	106 bis 110	klein- stes Pelidisi	größ- tes
Knaben . . . . .	2	3	77	82	12	—	1	80	108
Mädchen . . . . .	—	5	80	95	15	3	—	83	104
Summe	2	8	157	177	27	3	1		
In Prozenten	0·5%	2%	42%	47·2%	7·2%	0·8%	0·3%		

Die Kinder mit einem Pelidisi von 91 bis 95 sind als normal ernährt zu betrachten. Es hatte also beinahe die Hälfte der Kinder ein zu kleines Pelidisi, war daher unterernährt.

Ein ähnliches Resultat ergaben unsere Fettpolsterbestimmungen nach Peiser.

Tabelle 8. Fettpolster

Altersklasse	Normalfettpolster einschl. Abweichung innerhalb 10%	Unternormaler Fettpolster	Übernormaler Fettpolster
Knaben			
6—7 Jahre	48%	24%	28%
8—10 „	19%	55%	26%
11—14 „	15%	62%	23%
Durchschnittszahl	20%	56%	24%
Mädchen			
6—7 Jahre	21%	29%	50%
8—10 „	15%	62%	23%
11—14 „	15%	29%	56%
Durchschnittszahl	15%	40%	45%
Knaben und Mäd- chen zusammen	18%	47%	35%

Es hatten also 56% der Knaben und 40% der Mädchen einen zu dünnen Fettpolster. Dieser Befund im Zusammenhalt mit unseren Berechnungen des Pelidisi beweist den schlechten Ernährungszustand unserer Kinder.

Da die Entwicklung des Brustkorbes von wesentlicher Bedeutung für die Entstehung der Lungentuberkulose ist, haben wir uns durch

Berechnung des sogenannten anthropometrischen Breitenindex ein Urteil über die Wachstumsverhältnisse des kindlichen Brustkorbes zu verschaffen gesucht.

Dieser Breitenindex ist der Quotient aus Brustumfang dividiert durch Sitzhöhe, multipliziert mit 100. Man betrachtet den Oberkörper als Zylinder. Je kleiner der Breitenindex, d. i. das Verhältnis zwischen Brustumfang und Sitzhöhe, desto länger und schmaler ist dieser Zylinder, d. h., desto schlanker und schmaler ist der Brustkorb des

betreffenden Kindes. In der folgenden Tabelle 9 ist vermerkt, wieviel Prozent der Kinder einen normalen Breitenindex, einschließlich einer Abweichung innerhalb 5%, bzw. einen über 5% höheren oder um mehr als 5% niedrigeren Breitenindex (Engbrüstigkeit) aufwiesen. Außerdem sind die gefundenen Durchschnittszahlen für Brustweite und Brusttiefe angegeben. Wir haben nämlich durch Messung der Distanz zwischen einer bestimmten Stelle am Brustbein (Angulus Ludovici) und des in derselben Horizontalebene gelegenen

Dornfortsatzes der Wirbelsäule die Brusttiefe bestimmt. Die Brustweite wurde in der Höhe der Brustwarzen gemessen; zu diesen Messungen wurde ein gewöhnlicher Beckenzirkel verwendet. Wir berechneten nun aus den gefundenen Zahlen die durchschnittliche Brustweite und Brusttiefe bei den Kindern mit normalem, mit zu niedrigem und mit zu hohem Breitenindex.

Ein zu niedriger Breitenindex wurde bei 44% der Knaben und 13% der Mädchen, im Durchschnitt also bei 28% der Kinder gefunden. Der



Abb. 3. Sophien-Kinderheim „Schloß Grafenegg“ bei Liezen, Steiermark



Abb. 4. Ferienheim Oberbildstein in Vorarlberg (900 m über dem Meer)

Tabelle 9. Breitenindex — Brustweite — Brusttiefe

Altersklasse	Kinderanzahl	Breitenindex			Durchschnittliche Brustweite bei Kindern in Zentimetern			Durchschnittliche Brusttiefe bei Kindern in Zentimetern		
		Normal (einschl. Abweichung innerh. 5%)	Niederer	Höherer	mit normalem Breitenindex	mit niedrigerem Breitenindex	mit höherem Breitenindex	mit normalem Breitenindex	mit niedrigerem Breitenindex	mit höherem Breitenindex
<b>Knaben</b>										
6—7 Jahre	21	33%	67%	—	18.2	17.9	—	12.6	11.7	—
8—10 „	58	46%	52%	2%	19.2	18.9	20	12.6	12.3	13.5
11—14 „	98	60%	35%	5%	21.2	20.5	21.4	13.7	13.7	14.7
Durchschnitt	177	53%	44%	3%						
<b>Mädchen</b>										
6—7 Jahre	14	71.5%	21.5%	7%						
8—10 „	68	68%	23%	9%	18.9	18.4	19.5	12.5	11.9	12.7
11—14 „	116	66%	6%	28%	20.3	19.6	22.2	13.6	13.6	13.9
Durchschnitt	198	67%	13%	20%						
Gesamtdurchschn.	375	60%	28%	12%						

zu niedrige Breitenindex bedeutet Engbrüstigkeit, die ihrerseits wieder eine Disposition zur Tuberkulose schafft (siehe Peiser, „Körperbau und Tuberkulose beim Kinde“, Monatsschrift für Kinderheilkunde, XXV. B.)

Der Brustumfang und damit auch der Breitenindex wird von der Dicke des Fettpolsters beeinflusst. Wir trachteten nun bei der Bestimmung der Brusttiefe und Brustweite den Fettpolster möglichst auszuschalten, indem wir mit dem Zirkel von Hautstellen mit geringem Fettpolster gemessen haben. (Brustbein, Dornfortsätze der Wirbelsäule, seitliche Partien des Brustkorbes, wo die Rippen nur von wenig Unterhautfettgewebe bedeckt sind.)

Aus der obigen Tabelle ist zu ersehen, daß die Knaben eine größere durchschnittliche Brustweite und Brusttiefe besitzen als die Mädchen. Im Alter von 11 bis 14 Jahren besteht bei den Kindern beiderlei Geschlechtes kein Unterschied bezüglich der Brusttiefe der Kinder mit normalem und mit zu niedrigem Breitenindex. Es ist daher in diesem Alter die Engbrüstigkeit nicht durch zu geringe Tiefe des Brustkorbes, sondern durch zu kleine Weite hervorgerufen; der Brustkorb ist zu schmal. In den jüngeren Altersklassen äußert sich die Engbrüstigkeit relativ mehr durch zu geringe Tiefe des Brustkorbes; denn die Brusttiefe der engbrüstigen Kinder ist gegenüber der normalen Brusttiefe relativ stärker vermindert als die Brustweite der Engbrüstigen gegenüber der normalen Brustweite. Die Engbrüstigkeit aber, welche auf eine zu kleine Brusttiefe im Bereich der oberen Lungenpartien beruht, kann vielleicht als die gefährlichere angenommen werden, da sie hauptsächlich die Oberlappen der Lunge beim Atmen behindert. Sie gleicht sich aber mit zunehmendem Alter aus, wogegen die Brustweite der engbrüstigen Kinder auch im Alter von 11 bis 14 Jahren, wie schon erwähnt, zu klein bleibt.

Aus dem Prozentverhältnis der Kinder, bei denen wir Engbrüstigkeit nachgewiesen haben, ersieht man, daß mit zunehmendem Alter die Engbrüstigkeit überhaupt seltener wird.

Zusammenfassung: Beinahe die Hälfte unserer Kinder hatte ein vermehrtes Längenwachstum, war unterernährt und wies einen zu geringen Fettpolster auf. Ein erheblicher Teil der Kinder zeigte Engbrüstigkeit (zu niedriger Breitenindex) und zu kleine Brustweite und Brusttiefe.

#### Einige Bemerkungen über das Seeklima.

In der allerersten Zeit des Bestandes der Aktion wurden ausschließlich österreichische Heime mit Kindern besetzt. Im Winter 1922/23 wurden durch Vermittlung des Ministeriums für soziale Verwaltung (Volksgesundheitsamt) Plätze in der Ferienkolonie Niendorf und Lensterhof an der Ostsee gewonnen. In den folgenden Monaten gelang es der Aktion, noch eine große Anzahl weiterer Heime an der Ost- und Nordsee und im deutschen Mittelgebirge ausfindig zu machen.

welche sich bereit erklärten, österreichische Kinder aufzunehmen. Die Valutaverhältnisse des Jahres 1923 machten es möglich, in deutschen Heimen zu verhältnismäßig billigen Preisen gegen 3000 Kindern einen Erholungsaufenthalt zu verschaffen. Von den damals mit Kindern unserer Aktion beschickten Heimen in Deutschland — es waren zirka 30 — nennen wir die größeren, und zwar an der Ostsee: die Ferienkolonie Niendorf und Lensterhof, Kaiser-Wilhelm-Heim in Ahlbeck, das Heim Friedensburg in Ahlbeck, das Kurhospital in Kolberg, die Seeheilstätte bei Lochstädt, das Erholungsheim der Stadt Berlin in Köslin usw.; ferner an der Nordsee: das Kindererholungsheim Klappholtal auf Sylt, Kindergenesungsheim Holtheim in Oberneuland bei Bremen; im deutschen Mittelgebirge: die Heime in Harzburg, Salzungen und Bad Kösen in Thüringen, Wimpfen am Neckar, Lähn bei Hirschberg im Riesengebirge, weiters die Heime in Sachsen, nämlich die Kinderwalderholungsstätte Chemnitz, die aus besonderem Entgegenkommen auch in den Jahren 1924 und 1925 österreichische Kinder zu sehr billigen Verpflegssätzen aufnahm, die Ferienheime Lindhart und Erlbach und schließlich die große Heilstätte der Landesversicherungsanstalt Berlin in Beelitz bei Berlin sowie die Heilstätte Belzig in der Mark. Mit der Inspizierung der deutschen Heime war Herr Prof. Dr. ARTHUR KELLER (Berlin) betraut, dem die Aktion für seine wertvolle Mithilfe den besten Dank ausspricht.

In den Heimen an der Ost- und Nordsee haben wir zum ersten Mal die günstigen Wirkungen des Seeklimas an unseren erholungsbedürftigen Kindern kennen gelernt. Diese günstigen Erfahrungen bestärkten uns, auch im Jahre 1924 nach Heimen an der See Umschau zu halten. Leider machten es die Valutaverhältnisse unmöglich, in größerem Maßstab Kinder an die Ost- und Nordsee zu senden. Es gelang uns aber, Seehospize an der Adria und der Riviera zu finden, welche österreichische Kinder aufnehmen. Die Krankenkassenvorstände bewilligten für diese Italienaktion höhere Beiträge, und so konnten im Jahre 1924 insgesamt 1512 Kinder an das südliche Meer (Adria und Riviera) geschickt werden. Auch eine größere Zahl von Kindern, deren Eltern nicht krankenversichert waren, wurde im Jahre 1924 ans Meer gesendet. Die Kosten für diese Kinder wurden von den Eltern, von Wohltätigkeitsvereinen und durch die Spendensammlung unserer Aktion aufgebracht.

Durch zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten sind die Wirkungen des Seeklimas auf den menschlichen Organismus festgestellt worden. Im folgenden geben wir kurz einige diesbezügliche Ergebnisse bekannt, welche aus dem Handbuch der Balneologie von Prof. Dr. DITTRICH und Prof. Dr. KAMINER entnommen sind: Die Blutbildung wird durch einen Meeraufenthalt, besonders bei blutarmen Individuen, erheblich gebessert. Es wurden Zunahmen des Blutfarbstoffes um 10·6% bis 12% (Gowers) konstatiert. Auch die Atmung wird durch einen Aufenthalt

am Meer, insbesondere durch die Luftbäder, stark angeregt. Der Stoffwechsel erfährt ebenfalls eine auffallende Förderung. Der Brennwert der Nahrung muß daher bei einem Aufenthalt an der See ein bedeutend größerer sein, wenn der Bedarf gedeckt werden soll. Im Durchschnitt verzehrt ein zehnjähriges Kind mit einem Durchschnittsgewicht von  $28\frac{1}{2}$  kg an der See pro Tag 3466 Kalorien (nach Müller und Berliner). Der Bedarf eines gleichaltrigen Kindes im Binnenland kann dagegen mit 2000 bis 2500 Kalorien angesetzt werden. Es müssen also die Kinder an der See viel reichlicher und kräftiger ernährt werden. Trotzdem nehmen sie im Anfang der Kur erfahrungsgemäß oft etwas ab, und erst später oder gar erst nach Rückkehr zeigt sich die Umstimmung des Organismus durch einen intensiven Ansatz. Eine weitere Wirkung des Seeklimas äußert sich in einer Förderung des Muskel- und Knochenwachstums. Es wurde vielfach beobachtet, daß die Muskelkraft zunimmt. Auf die Psyche wirkt das feuchtwarmer Seeklima beruhigend ein; diese sedative Wirkung ist mit Rücksicht auf die weitverbreitete Nervosität unserer Großstadtkinder hoch zu werten. Ganz besonders soll aber die Steigerung des Appetits bei unseren Kindern hervorgehoben werden. Diese ist vor allem auf die bereits erwähnte Stoffwechselförderung zurückzuführen.

Die günstigen Wirkungen des Seeklimas finden ihre wissenschaftliche Erklärung in vielfachen Faktoren, die nur am Meer zu finden sind. Die Temperaturschwankungen an der See sind gemäßigt, die Sonnenscheindauer ist im Frühjahr und Sommer relativ größer als im Binnenland. Die Wintermonate sind an der Küste verhältnismäßig mild, dagegen ist die Wärmestrahlung im Sommer stark abgeschwächt. Auch die Luftströmungen sind am Meer viel ausgiebiger als im Binnenland. Dadurch kommt eine gesundheitlich sehr günstige und im Sommer angenehm empfundene Abkühlung des Körpers zustande. Die Seeluft kann beinahe als absolut keim- und staubfrei betrachtet werden. Obwohl dies in erster Linie für die Luft auf hoher See gilt, so enthält doch auch die Luft an der Küste, besonders dann, wenn Seewind herrscht, nur äußerst wenig belebte und unbelebte Beimengungen, wie Bazillen, Sporen von Infektionskeimen, Staub- und Rußteilchen, kleine Partikel von tierischen Exkrementen usw. Die Seeluft ist aber nach den Untersuchungen von A. LÖWY, F. MÜLLER, W. CRONHEIM und A. BORNSTEIN praktisch salzfrei, so daß die günstigen Heilwirkungen der Seeluft nicht auf die Einwirkung des Kochsalzes, sondern vor allem auf die eben erwähnte Reinheit der Luft bezogen werden muß.

Von weiteren Arbeiten über die Heilwirkungen des Seeklimas wären zu erwähnen: A. LÖWY, FRANZ MÜLLER, W. CRONHEIM und A. BORNSTEIN, Über den Einfluß des Seeklimas und der Seebäder auf den Menschen, Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie, 1910. Diese Autoren haben an sich selbst Versuche über den Einfluß des Seeklimas auf den Stoffwechsel und auf den Zirkulationsapparat

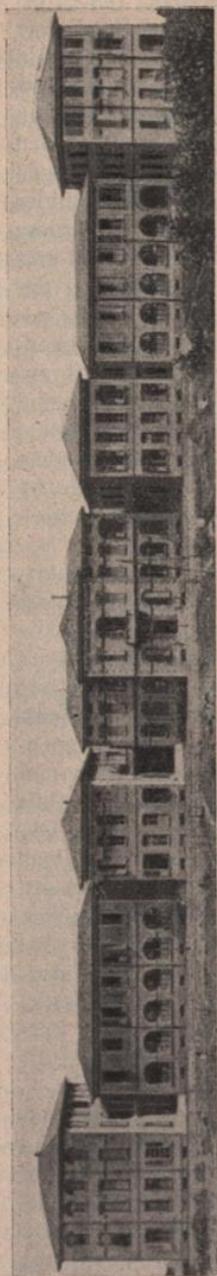


Abb. 5. Ospizio Marino Provinciale Bolognese in Rimini an der Adria

angestellt. Sie kommen zu dem Ergebnis, daß der Eiweißabbau in dem Sinn beeinflußt wird, daß Abbauprodukte mit höherem Brennwert zur Ausscheidung kommen, weiters daß der respiratorische Stoffwechsel besonders durch das Seebad angeregt wird. Die Autoren fanden jedoch keine Änderung der Gesamtblutfarbstoffmenge, hingegen aber eine Steigerung der Pulsfrequenz und besonders durch die Wirkung des Luft- und Seebades eine Vergrößerung der Pulsamplitude. Der Blutdruck wird durch das Luftbad an der See nicht erhöht.

HAEBERLIN findet ein Ansteigen des Hämoglobingehaltes des Blutes, gemessen nach SAHLI, um etwa 8% und eine Zunahme der roten Blutkörperchen um etwa eine halbe Million während eines Seeaufenthaltes von sechs Wochen. Die Zahl der weißen Blutkörperchen wird durch einen Seeaufenthalt nicht beeinflußt. Außer der erwähnten Besserung des Blutbefundes findet derselbe Autor eine Vergrößerung des inspiratorischen und eine Verkleinerung des expiratorischen Brustumfanges um 2 cm innerhalb eines sechswöchentlichen Aufenthaltes. Auch die Muskelkraft, gemessen mit einem Dynamometer, zeigt eine Erhöhung; ebenso das Körpergewicht eine Zunahme um das Doppelte des Normalen während der gleichen Zeit. Bezüglich der Dauerwirkung konnte der Autor feststellen, daß bei 72% der beobachteten Fälle das Gewicht zuhause weiter ansteigt, die Hämoglobinwerte aber nach dem Seeaufenthalt fallen, wenn auch nicht auf so tiefe Werte wie vor dem Aufenthalt. Auch die Leistungen der Kinder in der Schule erfahren infolge eines Aufenthaltes in einem Seehospiz eine Steigerung (*Zeitschrift für Kinderforschung*, 1911, I). Der gleiche Autor hebt in seiner Arbeit „Meeresheilkunde, Seehospize und Volksgesundheit“, Veröffentlichungen aus den Gebieten der Medizinalverwaltung, 1912, den besonderen Wert der Kuren in Seehospizen bei der Bekämpfung der Kindertuberkulose hervor und unterscheidet zwischen präventiven und kurativen Wirkungen. Eine Unterbringung von Kindern aus

bazillenverstreuer Umgebung in Seehospize bringt nicht nur die notwendige Separation der Kinder aus dem tuberkulösen Milieu mit sich, sondern schafft auch für die schwächlichen, unterentwickelten, anämischen, lymphatischen und rekonvaleszenten Kindern die nötige Widerstandskraft. Die besten kurativen Wirkungen werden bei der Skrofulose, den tuberkulösen Affektionen der Haut, der Schleimhäute, der Drüsen (Bronchialdrüsen) und bei der tuberkulösen Bauchfellentzündung erzielt. Lungentuberkulose sollen nur mit Vorsicht ans Meer gesendet werden. HAEBERLIN hebt auch besonders die Wirksamkeit der Winterkuren an der See hervor.

HELLWIG aus Zinnowitz („Der Einfluß des Seeklimas auf das Blutbild“, Medizinische Klinik 1910) unterscheidet zwischen „sedativen“ und „irritierenden“ Wirkungen des Seeklimas und führt die ersteren auf die Reinheit der Luft, die relative Konstanz der Temperatur und den höheren Feuchtigkeitsgrad, die letzteren auf die größere Intensität des Lichtes und auf die bewegte Seeluft zurück. HELWIG findet im Mittel eine Zunahme der roten Blutkörperchen um 930.000 und konstatiert, daß im Anfang der Kur ein Zerfall von roten Blutkörperchen stattfindet, der aber bei nicht zu schwächlichen Menschen und bei richtiger Dosierung der seeklimatischen Behandlung sehr bald der erwähnten Vermehrung der roten Blutkörperchen Platz macht. HELWIG betont die Notwendigkeit einer richtigen Dosierung der seeklimatischen Behandlung unter Kontrolle des Blutbildes je nach der individuellen Konstitution der Menschen.

FALK-Wyk auf Föhr (Seeklima und Fazialisphänomen, Monatschrift für Kinderheilkunde, B. XXX, H. 5 bis 6) konnte einen Rückgang des Fazialisphänomen, in welchem er ein Symptom der funktionellen Minderwertigkeit des Nervensystems erblickt, am Ende einer seeklimatischen Kur konstatieren. Vier Wochen nach Rückkehr der Kinder trat jedoch wieder das Fazialisphänomen auf.

F. MÜLLER (Die Bedeutung eines Klimawechsels für die Erholung in „Ziel und Gestaltung der Kindererholungsfürsorge“, herausgegeben von Rott und Stahl Langensalza, Hermann Beyer u. Söhne [Beyer und Mann] 1925) beobachtete in Stoffwechselfersuchen, daß in den Frühjahrsmonaten das Längenwachstum während eines Seeaufenthaltes über die Norm ansteigt und über den Hochsommer anhält und daß im Herbst das Körpergewicht besonders stark zunimmt. Er empfiehlt daher, Kinder möglichst im Frühjahr oder ab Mitte August bis in den späten Herbst hinein ans Meer zu verschicken.

W. SCHLICHTHORST („Nordsee und Erholungsfürsorge“, ebendort) bezeichnet die Gesamtwirkung der an der See vorhandenen Faktoren (Lichtfülle, Luftbewegung, Keimarmut der Luft) als Reizwirkung und hält daher vor allem jene Krankheitsformen, deren Ursache in einer mangelhaften Funktion der Organe zu suchen ist, als für das Seeklima

besonders geeignet. Als solche Krankheitsformen zählt er insbesondere die Rachitis, die exsudative Diathese, Asthma, Anämie, kindliche Tuberkulose (Skrofulose, äußere Tuberkulose) auf. SCHLICHTHORST sieht auch in dem Umstand, daß die Aufnahmefähigkeit des Körpers für Fett an der See im Gegensatz zum Binnenland eine erheblich größere ist, für die Tuberkuloseheilung einen wichtigen Faktor. Sind ja die Heilungsaussichten der Tuberkulose bei reichlicher Fettaufnahme besonders günstige. SCHLICHTHORST tritt auch für die Herbst- und Winterkuren ein, da die Einwirkung der Sonnenstrahlung auf den kindlichen Organismus zu diesen Jahreszeiten besonders günstig ist.

H. KLEINSCHMIDT, Hamburg („Meeresheilkunde und Kinderkrankheiten“, Veröffentlichungen der Zentralstelle für Balneologie, Neue Folge, H. 2) sieht bei einem Seeaufenthalt unbestreitbare Besserungen bei folgenden pathologischen Zuständen des Kindesalters:

1. Bei rezidivierenden Katarrhen der Luftwege, besonders auf Grundlage der exsudativen Diathese (Rachenkatarrh, Bronchialkatarrh, Kehlkopfkatarrh, adenoide Wucherungen, Otorrhoe mit konsekutiven Schwellungen der Nacken- und Halsdrüsen).

2. Bei verschiedenen Formen der Tuberkulose (chirurgische Tuberkulose, Drüsentuberkulose, Hauttuberkulose, Skrophulose) mit Ausnahme der schweren Fälle.

3. Bei der konstitutionellen Schwächlichkeit.

Um einen dauernden Erfolg, besonders bei rezidivierenden Katarrhen, zu erzielen, verlangt KLEINSCHMIDT eine drei- bis viermonatliche Dauer der Kuren. Tuberkulös gefährdete Kinder können schon von einer sechswöchentlichen Kur Vorteile ziehen. Die günstige Beeinflussung bei jeder konstitutionellen Aufzuchtsschwierigkeit sieht KLEINSCHMIDT in Übereinstimmung mit COERPER in dem Reizwechsel, der durch eine wiederholte Verschickung an die See den Kindern gewährt werden kann.

Über die Indikationen und Kontraindikationen der Thalassotherapie hat der Heimarzt des seit zwei Jahren von unserer Aktion belegten Ospizio Marino Bolognese in Rimini, Herr Dr. GUISEPPE GELLI, auf Grund seiner mehrjährigen Erfahrungen eine bemerkenswerte Mitteilung verfaßt, welche in diesem Bericht auf Seite 119 abgedruckt ist.

Seit altersher ist die vorzügliche Wirkung des Meeresklimas auf Kranke und Erholungsbedürftige bekannt. Bisher war es aber ein ausschließliches Vorrecht der Begüterten, sich und ihren Kindern einen Kuraufenthalt am Meer verschaffen zu können. Es muß daher als ein großer sozialer Fortschritt bezeichnet werden, daß auch die Kinder der armen Bevölkerungsschichten dieser unschätzbaren Wohltaten jetzt teilhaftig werden können.

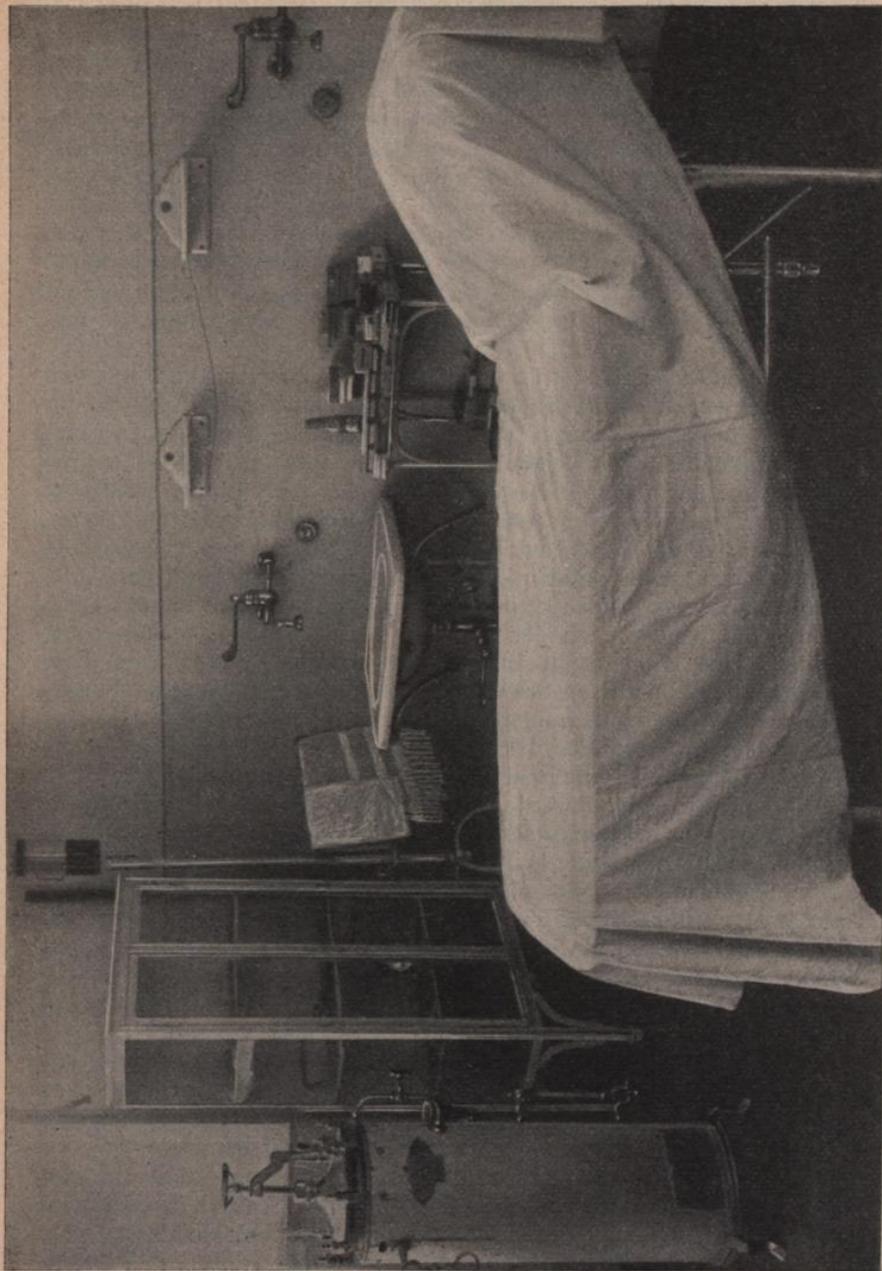


Abb. 6. Ärztlicher Behandlungsraum im Ospizio Marino Bolognese in Rimini an der Adria

### Nachuntersuchungen

Wir kommen nun zur Besprechung der erzielten Erholungsergebnisse. Die Kinder verbrachten im allgemeinen acht Wochen in den Heimen; in besonderen Fällen wurden auch Kurverlängerungen erteilt. H. LANGER, Berlin (Die Erholungsfürsorge als Mittel zur Bekämpfung der kindlichen Tuberkulose in „Ziel und Gestaltung der Kindererholungsfürsorge“ von ROTT und STAHL), sowie F. TJADEN, Bremen (Über die Dauer von Erholungskuren, ebendort), verlangen unbedingt eine sechs- bis achtwöchentliche Kur, wenn die Aufwendungen für die Kuren sich lohnen sollen. Nach TJADEN vergeht die erste Zeit mit der sogenannten negativen Phase, da der Körper sich erst langsam gewöhnen muß, auf die gesundheitlichen Einwirkungen mit eigener Umstellung zu reagieren.

Die Kinder wurden, wie schon erwähnt, nach Rückkehr aus den Heimen einer ärztlichen Nachuntersuchung unterzogen. Die vor der Kur angestellten Messungen wurden wiederholt und mit den früheren Messungsergebnissen verglichen. Das Aussehen der Kinder war ein so vorzügliches, daß manche Eltern ihre Kinder bei der Ankunft am Bahnhof im ersten Augenblick kaum erkannten, so frisch und gekräftigt kehrten sie zurück. Die Drüsen- und Lungenerscheinungen waren gebessert oder geheilt, die Nervosität und Appetitlosigkeit in erstaunlicher Weise geschwunden. Die Eltern können nicht genug erzählen, was für einen Appetit die Kinder nach der Kur bei den Mahlzeiten, welche sonst geradezu eine Katastrophe bildeten, entwickeln. Wir buchen diese Anregung des Appetits als einen großen Erfolg der klimatischen Kuren, weil die weitverbreitete Appetitlosigkeit der Kinder, wie jeder Kinderarzt bestätigen kann, eine der häufigsten Veranlassungen ist, daß die Eltern den Arzt zu Rate ziehen. Auch die Nervosität im allgemeinen war bedeutend besser geworden. Die Kinder sind nach Rückkehr aus den Seehospizen ruhiger, schlafen besser und bieten der Erziehung in Schule und Haus weniger Schwierigkeiten. Die Neigung zu Katarrhen der oberen Luftwege war ebenfalls geringer geworden. Wiederholt kam es vor, daß die Eltern um Wiederaufnahme der Kinder im nächsten Jahr ansuchten, weil die Kinder im Winter nicht mehr wie früher an rezidivierenden Anginen und Bronchialkatarrhen gelitten haben. Gerade diese herabgesetzte Anfälligkeit möchten wir als einen besonderen Erholungserfolg hinstellen.

Der Vergleich der Messungen vor und nach der Kur ergab, daß der Ernährungszustand der Kinder bedeutend gebessert und ihre körperliche Entwicklung sehr gefördert worden ist. Die nachfolgende Tabelle 10 enthält eine Gewichtsstatistik über 1000 Kinder, welche im Sommer 1924 in Pietraligure an der Riviera, im Ospizio Marino Bolognese in Rimini und im Seehospiz Amati in Riccione, sowie in den österreichischen Heimen Grafenegg (Steiermark), Ischl (Oberösterreich), Oberbildstein (Vorarlberg), Admont (Steiermark), Türitz (Nieder-

österreich) und Waldschule Alland (Niederösterreich) auf durchschnittlich zwei Monate untergebracht waren.

Tabelle 10. Gewichtsstatistik

Alters- klasse	Gewichts- abnahme bei	Gewichts- stillstand bei	Gewichts- zunahme bei	Die Zunahmen betragen im Durchschnitt	Summe der Kinder
6—7 J.	1 Kind	—	82 Kinder	1,7 kg	83
8—10 „	18 Kinder	10 Kinder	332 „	1,9 „	360
11—14 „	21 „	8 „	528 „	2,6 „	557
Summe	40 Kinder (=4%)	18 Kinder (=1,8%)	942 Kinder (=94,2%)	2,3 kg Gesamt- durchschnitt	1000

Die Kinder im Alter von 11 bis 14 Jahren haben also durchschnittlich am besten zugenommen. Nur 4% von allen Kindern haben abgenommen; es sind dies größtenteils kranke Kinder, bei denen eine wesentliche Erholung in zwei Monaten nicht zu erzielen war. Außerdem haben auch einige Kinder, die schlechte Esser waren, nicht an Gewicht zugenommen. Die durchschnittliche Zunahme aller Kinder von 2,3 kg ist sehr befriedigend. Es muß aber noch hinzugefügt werden, daß eine größere Zahl von Kindern auch um 4 kg, 5 kg, ja bis zu 10 kg zugenommen haben.

Um zu zeigen, wie durch diese Gewichtszunahmen der Ernährungszustand unserer Kinder gehoben wurde, haben wir die in Tabelle 11 enthaltene Zusammenstellung vorgenommen. Wie bereits erwähnt, wurden auf Grund von Messungen an 250.000 Kindern aus deutschen Städten Zonen unternormalen, normalen und übernormalen Maßes (Gewicht und Länge) errechnet. Wir ordneten nun die 1000 Kinder unserer Statistik einerseits nach ihren Gewichten vor der Kur und andererseits nach ihren Gewichten nach der Kur in diese Zonen ein.

In der ersten senkrechten Zahlenkolonne ist die Zahl der Kinder, welche vor der Kur leicht, untermittelschwer, mittelschwer usw. waren, verzeichnet. Es waren also entsprechend ihrem Alter 38½% untergewichtig, 39½% normalgewichtig und 22% übergewichtig. In den danebenstehenden wagrechten Kolonnen ist angegeben, in welcher Zahl die Kinder jeder einzelnen Gruppe durch die im Heim erzielten Gewichtszunahmen in Zonen höheren Maßes hinaufgerückt sind. Die Gewichtszunahmen waren demnach so bedeutend, daß zirka 50% der untergewichtigen Kinder, wie aus der Tabelle zu ersehen ist, durch die Kur das ihrem Alter entsprechende Gewicht erreicht haben und zirka 50% der normalgewichtigen Kinder übergewichtig geworden sind. Aber auch die andere Hälfte der Kinder hat etwas an Gewicht zugenommen. Das Endresultat der Gewichtszunahmen, wie sich die Kinder nach der Kur in die einzelnen Gruppen einordnen, ist in der untersten horizontalen

Tabelle 11. Körpergewicht nach Zonen unternormalen, normalen und übernormalen Maßes

Gruppen	Vor der Kur	Nach der Kur				Summe der Kinder		
		Leicht	Untermittelschwer	Mittelschwer unterhalb oberhalb des arithm. Mittels	Übermittelschwer			
Leicht (leichter als M <sup>1)</sup> —A) <sup>2)</sup>	199 Kinder = 19,9% 38,5%	79	69	38	12	1	199	
Untermittelschwer (M—A bis unter M— <sup>1</sup> / <sub>2</sub> A)	186 Kinder = 18,6% 39,5%	1	41	89	44	2	186	
Mittelschwer unterhalb des arithm. Mittels (M— <sup>1</sup> / <sub>2</sub> A bis unter M)	216 Kinder = 21,6% 39,5%	—	3	58	103	10	216	
	179 Kinder = 17,9% 22%	—	—	2	34	45	179	
Übermittelschwer (über M+ <sup>1</sup> / <sub>2</sub> A bis M+A)	106 Kinder = 10,6% 22%	—	—	—	3	75	106	
Schwer (schwerer als M+A)	114 Kinder = 11,4%	—	—	—	—	113	114	
Summe der Kinder	1000 Kinder = 100%	80 = 8% 19,3%	113 = 11,3%	187 = 18,7% 38,3%	196 = 19,6%	178 = 17,8% 42,4%	246 = 24,6%	1000

1) M = arithmetisches Mittel

2) A = mittlere Abweichung

Kolonne „Summe“ angegeben. Es waren also nach der Kur von den untersuchten 1000 Kindern nur mehr 19,3% untergewichtig, dagegen 42,4% übergewichtig. Die Zahl der normalgewichtigen Kinder ist beiläufig gleichgeblieben, da zirka ebensoviel untergewichtige Kinder in die Gruppen normalen Gewichtes hinaufgerückt sind, als normalgewichtige Kinder in die Zonen der Übergewichtigkeit gelangt sind.

Bezüglich der Gewichtszunahmen in den verschiedenen Alterstufen konnten wir feststellen, daß die 11- bis 14jährigen Kinder besonders



Abb. 7. Seehospiz Lucio Amati in Riccione an der Adria

gut zugenommen haben; 40% derselben wiesen eine Gewichtszunahme zwischen 2 und 10 kg auf. Zunahmen von 6 kg, 7 kg oder 8 kg waren keine Seltenheit.

Die Erholungsergebnisse werden vielfach ausschließlich nach den erzielten Gewichtszunahmen beurteilt. Im allgemeinen ist die Zunahme an Gewicht ein erfreuliches Zeichen der Besserung des Ernährungszustandes. Die Beurteilung des Erholungserfolges benötigt aber noch eine Ergänzung durch ärztliche Organuntersuchungen und durch vergleichende Körpermessungen vor und nach der Kur (Hautfettpolster, Körperlänge, Brustumfang usw.).

Der Vergleich unserer Fettpolstermessungen vor und nach der Kur ergab sehr erfreuliche Zunahmen, welche in der nachfolgenden Tabelle 12 angegeben sind. Aus derselben ist ersichtlich, wieviel Prozente der Kinder in österreichischen und italienischen Heimen an Fettpolster zugenommen, bzw. abgenommen, bzw. wieviele Kinder keine Änderung des Fettpolsters aufwiesen. Außerdem ist vermerkt, wie groß die Zunahmen im Durchschnitt waren. Wie schon erwähnt, wurde der Fettpolster durch Messung der Dicke einer Hautfalte mittels eines Tastzirkels bestimmt.

Tabelle 12. Fettpolsterzunahmen

Altersklasse	Abnahme des Fettpolsters bei	keine Änderung des Fettpolsters bei	Zunahme des Fettpolsters bei	Die Zunahme betrug im Durchschnitt
Knaben in österr. u. deutschen Heimen				
6—7 Jahre	—	—	100%	3 mm
8—10 „	9%	9%	82%	4·4 „
11—14 „	6%	3%	91%	3·2 „
Durchschnitt	7%	5%	88%	3·6 „
Knaben in italienischen Heimen				
6—7 Jahre	—	—	100%	3·8 mm
8—10 „	—	6%	94%	3·1 „
11—14 „	7%	7%	86%	4·3 „
Durchschnitt	4%	6%	90%	3·8 „
Mädchen in österr. u. deutschen Heimen				
4—7 Jahre	25%	25%	50%	2·8 mm
8—10 „	7%	—	93%	3·2 „
11—15 „	6·5%	6·5%	87%	6·1 „
Durchschnitt	9%	8%	83%	5 „
Mädchen in italienischen Heimen				
5—7 Jahre	12·5%	—	87·5%	6 mm
8—10 „	—	—	100%	6·3 „
11—14 „	—	8%	92%	7·1 „
Durchschnitt	2%	4%	94%	6·7 „

Aus der Tabelle wäre Folgendes hervorzuheben: Zirka 90% aller Kinder haben Fett angesetzt. Die durchschnittlichen Fettzunahmen sind, wie zu erwarten war, bei den Mädchen größer, wie bei den Knaben. Bei einem Vergleich der Fettpolsterzunahmen, die in österreichischen Heimen erzielt wurden, mit denen aus den italienischen Seehospizen, ergibt sich, daß Knaben und Mädchen an der See in Italien mehr Fett angesetzt haben als in den österreichischen Alpenheimen. Wir führen dies auf das milde, weniger angreifende südliche Seeklima und auf die fett- und kohlehydratreiche Kost in den italienischen Heimen zurück. Bei einem Vergleich der drei Altersklassen untereinander zeigt sich, daß die älteren Kinder natürlich auch die größeren Fettzunahmen aufweisen, daß aber unter den 8- bis 10jährigen Kindern (Altersklasse der Fülle) relativ die meisten Kinder Fett angesetzt haben und relativ die geringste Zahl an Fettpolster abgenommen

hat. In diesem Alter neigen die Kinder eben am meisten zu Fettansatz, wachsen dagegen weniger. Sehr schöne Fettpolsterzunahmen haben auch die 11- bis 14jährigen Mädchen aufzuweisen.

Weiters haben wir auch das Längenwachstum durch Vergleichung der Messungen vor und nach der Kur festgestellt und tatsächlich gefunden, daß in zirka der Hälfte der Fälle ein sichtbares Wachstum (Streckung) erfolgt ist. Die Kinder im Lebensalter von 5 bis 7 Jahren sind relativ am stärksten gewachsen.

Auch der Brustumfang wurde vor und nach dem Erholungsaufenthalt bei ruhiger Atmung gemessen.

Tabelle 13. Brustumfangszunahmen

Altersklasse	Abnahme des Brustumfanges bei	keine Änderung des Brustumfanges bei	Zunahme des Brustumfanges bei	Die Zunahme betrug im Durchschnitt
Knaben in österr. u. deutschen Heimen				
6—7 Jahre	17%	—	83%	3 cm
8—10 „	14%	19%	67%	2 „
11—14 „	6,5%	16%	77,5%	2,8 „
Durchschnitt	10%	15,5%	74,5%	2,6 „
Knaben in italienischen Heimen				
6—7 Jahre	20%	20%	60%	1,7 cm
8—10 „	5,5%	—	94,5%	2,6 „
11—14 „	14%	7%	79%	3,5 „
Durchschnitt	12%	6%	82%	3 „
Mädchen in österr. u. deutschen Heimen				
4—7 Jahre	11%	11%	78%	1,7 cm
8—10 „	—	20%	80%	3,4 „
11—15 „	3%	3%	94%	2,8 „
Durchschnitt	4%	9%	87%	2,8 „
Mädchen in italienischen Heimen				
5—7 Jahre	12,5%	12,5%	75%	3,2 cm
8—10 „	22%	17%	61%	4 „
11—14 „	4%	4%	92%	4,2 „
Durchschnitt	11,5%	9,5%	79%	4 „

Über 80% der Kinder sind mit vergrößertem Brustumfang von der Kur heimgekehrt. Die Vergrößerung des Brustumfanges war bei den Mädchen größer als bei den Knaben. Bei beiden

Geschlechtern hat der Brustumfang in den italienischen Seehospizen eine größere Zunahme erfahren als in den österreichischen und deutschen Heimen. Wir haben hier also dasselbe Verhalten wie bei den Fettpolsterzunahmen. Es muß daher geschlossen werden, daß die Vergrößerung des Brustumfanges zunächst durch Fettansatz hervorgerufen wird. Da aber die erzielten Zunahmen sehr groß sind (durchschnittlich 2,6 cm bis 4 cm), können sie nicht allein durch Fettpolsterzunahmen erklärt werden, sondern müssen auch auf eine allgemeine Gewebszunahme, Kräftigung der Muskulatur und Ausweitung des Brustkorbes bezogen werden.

Auf Grund dieser Messungen und ärztlichen Untersuchungen aus dem Jahre 1924 konnte zusammenfassend festgestellt werden, daß 47% der Kinder sich sehr gut, 50% sich gut, und nur 3% sich nicht erholt haben. Auch die Eltern wurden gelegentlich der Nachuntersuchung um ihre Meinung über die Erholung ihrer Kinder gefragt. Es waren 97% der Eltern zufrieden, und nur 3% unzufrieden. Diese 3% der Kinder, die sich nicht erholt hatten, waren hauptsächlich solche Kinder, bei denen wegen Krankheit eine Erholung in acht Wochen nicht möglich war. Einige sehr verzärtelte, nervöse Kinder litten an starkem Heimweh und konnten sich nur schwer an das Leben in den Erholungsstätten gewöhnen. Dementsprechend blieb auch ein Erholungserfolg aus. Solche Kinder, die gewöhnlich „einzige“ und neuropathische Kinder sind, eignen sich vielfach nicht für eine Unterbringung fern von ihren Eltern. In vielen anderen Fällen dagegen erzielten wir gerade bei nervösen Kindern durch Versetzung aus dem nervösen, häuslichen Milieu die besten Erholungserfolge, indem diese Kinder sich an ein gemeinschaftliches Leben mit Gleichaltrigen gewöhnten, was für Kinder, die fast ausschließlich mit Erwachsenen zusammenleben, von größtem Vorteil ist.

Bei der Erholungsfürsorge wirken verschiedenartige Faktoren günstig auf Körper und Psyche der Kinder ein. Es kommen hier in Betracht:

1. Entfernung aus dem häuslichen Milieu, aus den dumpfen Stuben und überfüllten Wohnungen.
2. Die Befreiung vom Schulunterricht.
3. Das Zusammenleben im Heim.
4. Die geänderte, reichliche Kost.
5. Die Meeresbäder und Luftbäder.
6. Der größtmögliche Aufenthalt im Freien (Spiele, Unterhaltungen).
7. Die Wirkung der Sonnenstrahlen.
8. Staubfreie Luft am Meer und die sonstigen klimatischen Faktoren (siehe auch J. ROSENSTERN, Berlin: Die Bedeutung von Licht und Luft für die Gesundheit, in „Ziel und Gestaltung der Kindererholungsfürsorge“, herausgegeben von Rott und Stahl).

Auf welche dieser verschiedenartigen Faktoren der Erholungserfolg in erster Linie zurückzuführen ist, läßt sich nicht konstatieren. Jedenfalls haben die geschilderten Erfahrungen gezeigt, daß das Zusammenwirken dieser Faktoren auf die körperliche und geistige Entwicklung von hervorragend günstigem Einfluß ist und daß es darum im Interesse eines gesunden Nachwuchses sehr wünschenswert ist, daß die Erholungsfürsorge eine dauernde Einrichtung in dem Gesamtgebiet der Fürsorge bleibe.

### C) Die Erholungsheime

Die italienischen Heime, die wir im Jahre 1924 mit Kindern beschickt haben, liegen teils an der italienischen Riviera in Pietraligure und San Remo, teils an der Adria in Rimini, Riccione und am Lido bei Venedig.

Das Istituto Elioterapico-Chirurgico in Pietraligure an der italienischen Riviera, welches im Jahre 1924 mit 478 Kindern



Abb. 8. Pietraligure an der italienischen Riviera bei San Remo.  
Rhythmisches Turnen

unserer Aktion belegt war, ist ein groß angelegtes Seehospiz mit einem orthopädischen Spital für Knochentuberkulose und 31 am Strand gelegenen Villen, welche zur Aufnahme von erholungsbedürftigen, tuberkulös gefährdeten Kindern dienen. Im Zentralgebäude befinden sich die Operationssäle, die Räume für Elektro- und Röntgentherapie, vier große Freilufthallen für heliotherapeutische Kuren und gymnastische Übungen. Ein anderer Pavillon ist der Hydrotherapie gewidmet (Kalt- und Warmwasserbäder, Bäder mit Meerwasser usw.). Ein Isolierpavillon, weiters Desinfektionsanlagen, eigene Wäscherei, Zentral-

heizung, Anlagen für Eisgewinnung usw. sind vorhanden. Am Strand sind für die heiße Tageszeit mehrere Lauben errichtet; außerdem befinden sich auf dem Territorium der Anstalt, das 75.000 Quadratmeter umfaßt, mehrere Gärten und Spielwiesen. Das Heim steht unter Leitung eines Professors für Orthopädie.

Ein kleineres Heim, in welchem auch Kinder unserer Aktion im Jahre 1924 Kräftigung und Gesundheit fanden, befindet sich in San Remo, der Perle der italienischen Riviera. San Remo ist infolge seiner windgeschützten Lage und des feuchtwarmen Seeklimas als klimatischer Kurort besonders geeignet.

Das Seehospiz in Rimini, Ospizio Marino Provinciale Bolognese, welches eine Stiftung des bekannten italienischen Internisten AUGUSTO MURRI ist, ist ein sanatoriumsmäßig eingerichtetes Heim, das alle modernen klinischen Einrichtungen besitzt. Das weitläufige Gebäude besteht aus mehreren Trakten und ist direkt am Strand erbaut. Rimini und das anschließende Riccione besitzen wegen des herrlichen, viele Kilometer langen Badestrandes als Seebäder eine internationale Berühmtheit. Die Küste ist dort so flach, daß Kinder, ohne irgendwie Gefahr zu laufen, eine ganze Strecke weit ins Meer gehen können. Der feine, schöne Sand gibt den Kindern reichlich Gelegenheit zum Spielen; dabei können die Kinder den ganzen Tag im Freien in der reinen Seeluft verbringen. Der Badestrand ist sehr breit, so daß auch größere Kindergruppen reichlich Platz finden können. Selbstverständlich stehen die österreichischen Kinder stets unter Aufsicht von ausgebildeten österreichischen Pflegerinnen. Nur jene Kinder dürfen baden, die vom Heimarzt vom gesundheitlichen Standpunkt als kräftig genug befunden werden. Das Klima von Rimini ist im Winter so mild, daß unsere Kinder auch während der kalten Jahreszeit den größten Teil des Tages im Freien verbringen können. Während des Winters 1924 bis 1925 waren ständig Kinder unserer Aktion in diesem Heim untergebracht. Infolge der frischen Seeluft ist aber auch im Sommer die Temperatur nie so heiß, daß die Kinder unter der Hitze leiden. Rimini und das benachbarte Riccione werden ja auch im Sommer von Fremden, auch von vielen Österreichern, als beliebte Seebadeorte außerordentlich stark aufgesucht.

Das ausgedehnte Heim in Rimini enthält große, luftige, besonders hohe und deshalb im Sommer angenehm kühle Schlafräume. Auch die Speiseräume sind sehr groß und luftig; die Kinder speisen an schön gedeckten Tischen. In mehreren großen Tagräumen finden während der ungünstigen Witterung oder am Abend verschiedene Spiele statt. Außerdem befinden sich im Seehospiz eigene Schulzimmer, wo unsere Schwestern und Lehrerinnen mit den Kindern täglich eine Stunde Wiederholungsunterricht abhalten. Im Mitteltrakt befindet sich eine gesonderte Krankenabteilung, die klinisch geführt wird; sie enthält neben den luftigen Krankenzimmern chirurgische Behandlungsräume,

eine Abteilung für Höhen-Sonnenbestrahlung und sonstige Lichttherapie, ein chemisches und serologisch-bakteriologisches Institut usw. Das ganze Jahr hindurch wohnt der Chefarzt der Anstalt, Herr Doktor GIUSEPPE GELLI, im Heim. Während der Zeit, wo das Heim voll belegt ist, stehen ihm ein bis zwei Assistenten zur Seite. Täglich finden ärztliche Visiten statt. Die ganze Führung des Heimes und die Be-

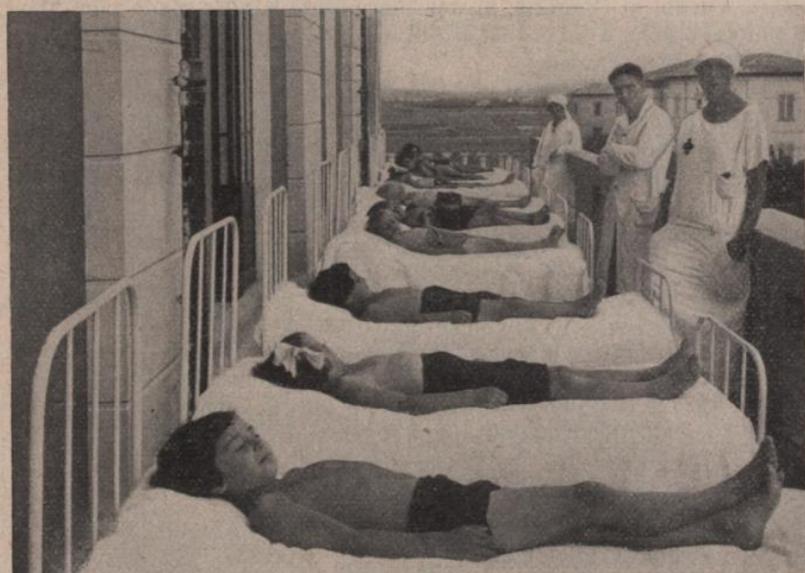


Abb. 9. Heliotherapie auf der Terrasse des Seehospizes Bertazzoni in Riccione an der Adria

handlung der erkrankten Kinder ist nach klinischen Gesichtspunkten geleitet.

Von den Nebenräumen wären zu erwähnen: Die zahlreichen Waschräume mit fließendem Wasser, Badezimmer und Duschräume mit warmem und kaltem Wasser, ein Wäschemagazin, aus welchem die Kinder mit Strandkleidern usw. betieilt werden. Abseits vom Gebäude befindet sich ein Isolierpavillon, wo die infektionsverdächtigen Kinder sofort von den anderen isoliert und behandelt werden können. Eine eigene Wäscherei, eigene Klosettanlagen für die am Strand spielenden Knaben und Mädchen sind vorhanden. Das Heim besitzt Desinfektionsräume, elektrisches Licht, Zentralheizung usw.

Die Kinder erhalten in Rimini eine qualitativ ausgezeichnete, sehr reichliche und gut zubereitete Verpflegung (täglich Fleisch mit Ausnahme von Freitag). Den Wünschen der Kinder bezüglich Kost wird nach

Möglichkeit Rechnung getragen. Die erzielten Gewichtszunahmen, die allgemeine Kräftigung und Besserung der Blutarmut müssen nicht nur auf die günstige klimatische Beeinflussung, sondern auch auf die vorzügliche und reichhaltige Verköstigung zurückgeführt werden.

Die Hausordnung ist eine durchaus zweckmäßige und geregelte.

Auch die Heime in Riccione an der Adria sind ähnlich eingerichtet; so das ausschließlich unserer Aktion zur Verfügung stehende Ospizio Lucio Amati in Riccione, in welchem unsere Kinder schon vom März an untergebracht werden und wo in den Sommer- und Herbstmonaten 250 Kinder Platz finden.

Im Jahre 1925 haben wir noch vier weitere Heime gewonnen, so das Heim Bertazzoni in Riccione, ein prächtiger, eleganter Bau, wo eine größere Gruppe von österreichischen Mädchen sich sehr gut erholt hat. Weiters das Heim Giuseppe Amati in Miramare di Romagna bei Riccione, wo derzeit (August 1925) 150 Knaben untergebracht sind und schließlich ein Heim in Cervia nördlich von Rimini. Auch in einem Heim einer Prager Aktion, welches sich in Grado befindet, war in der Vorsaison 1925 eine größere Zahl von Kindern unserer Aktion mit sehr guten Erfolgen untergebracht.

Im Jahre 1925 genossen 1600 Kinder in der Gegend von Rimini und Riccione einen achtwöchigen Erholungsaufenthalt. In allen von unserer Aktion belegten Heimen wurden zur Beaufsichtigung unserer Kinder ausschließlich österreichische Schwestern angestellt. Der größte Teil derselben wurde in der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien ausgebildet. In jedem Heim steht unseren Schwestern eine von der Aktion angestellte Oberschwester vor. Jede Schwester hat eine Gruppe von 25 bis 30 Kindern zu beaufsichtigen. Derzeit (August 1925) sind in Italien 23 Schwestern als Aufsichtspersonen bei unseren Kindern tätig. Als Vertrauensarzt haben wir für die Heime in Riccione eine österreichische Ärztin bestellt, welche bei unseren Kindern täglich Visite macht und regelmäßig ärztliche Berichte an die Zentrale zu erstatten hat.

Auch in österreichischen Heimen hatten wir im Jahre 1925 wieder viele Kinder (bis Ende September über 1100 Kinder) zu einem achtwöchigen Erholungsaufenthalt entsendet. Diese Heime sind folgende: Die Waldschule Alland, welche vor zwei Jahren von Frau HENRIETTE WEISS ins Leben gerufen wurde und welche unter der ärztlichen Leitung des Herrn Chefarzt Dr. KRAUS steht; die administrativen Agenden liegen in Händen des Herrn Sekretär MARX vom Zentralbureau Alland. Weiters die Ferienkolonie Oberbildstein in Vorarlberg an der Schweizer Grenze, welche wir seit zwei Jahren belegen. Das Heim ist ein schönes, im Schweizer Stil gebautes Gebäude auf einer Alm, 900 m über dem Meer gelegen, mit Aussicht auf die Allgäuer Alpen und den Bodensee. Dort ist die Verpflegung eine sehr gute, die Kinder erhalten besonders reichlich Milch. In dem Erholungsheim „Auhof“

in Türrnitz, Niederösterreich, finden neben Schulkindern auch Kleinkinder auf der dortigen Kleinkinderstation Aufnahme. In diesem Heim, das unter der Leitung des Herrn Direktors WENDLING steht, haben sich schon sehr viele Kinder unserer Aktion ausgezeichnet erholt. Weitere Heime sind die Mädchen-Erziehungsanstalt in Admont, wo wir schon seit Jahren erholungsbedürftige Mädchen unterbringen und die besten Erfolge erzielen, und das Söhnenkinderheim im Schloß Grafenegg bei Liezen, Steiermark (seit vier Jahren von der Aktion belegt), dann das Leopoldinum in Eggenberg bei Graz, der „Paulihof“ am Millstättersee (Heim der Kinderfreunde) und andere.

Kinder mit floriden Krankheitserscheinungen werden von uns zum größten Teil im Kinderkrankenhaus „Schwedenstift“ in Perchtoldsdorf untergebracht. Auch in die Heilstätten in Hörgas bei Graz und auf der Stolzalpe bei Murau (Steiermark) werden kranke Kinder entsendet.

In den österreichischen Heimen sind ebenfalls Vertrauensschwwestern angestellt, welche der Aktionsleitung unterstehen und wöchentlich über die erzielten Erholungserfolge an die Zentrale zu berichten haben. Sie bilden so ein Bindeglied zwischen der Zentralstelle und dem Heim. Ihnen obliegt auch, die Kinder zum Schreiben an die Eltern anzuhalten und für schreibunkundige Kleinkinder selbst ans Elternhaus regelmäßig zu berichten.

Im Jahre 1924 fand auch in Deutschland eine kleinere Zahl von Kindern unserer Aktion Aufnahme, und zwar in der Walderholungsstätte in Derschau (Leitung Herr Rechnungsdirektor SCHWITALLA) und im Walderholungsheim „Chemnitz“ in Auerswalde (Sachsen). Das letztgenannte Heim, in welchem wir auch im Jahre 1925 Kinder untergebracht haben, gehört dem Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz (Präsident Herr Stadtrat Dr. HÄRTWIG). Dort finden als Kurmittel Solbäder, Atemübungen, gymnastische Übungen Anwendung. Die gute Wirkung der Solbäder hebt TH. HOFFA bei allen chronischen Nasenrachenerkrankungen mit Drüsenschwellungen und bei Folgezuständen von Rippenfellentzündungen hervor; er warnt aber vor deren Anwendung bei mageren, asthenischen, übererregbaren Kindern mit sehr reizbarer Haut und ausgebreiteten Ekzemen (Th. Hoffa, Barmen, Solbäder, in „Ziel und Gestaltung der Kindererholungsfürsorge, herausgegeben von Rott und Stahl, 1925). Außerdem befindet sich im Heim eine Waldschule, welche von Herrn Fachlehrer PAUL ANKE in ganz ausgezeichnete Weise geleitet wird (siehe dessen Bericht, „Wie das Kinderwalderholungsheim ‚Chemnitz‘ in Auerswalde an der Erholung der Wiener Kinder arbeitet“).

#### D) Organisations- und sonstige Tätigkeit der Zentralstelle

Die Kinder werden der Zentralstelle der „Vereinigten österreichischen Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder“, welche sich in der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge, Wien XVIII,

Glanzinggasse 37, befindet, von den Fürsorgestellten, Schul- und Krankenkassenärzten zugewiesen. Da aber die Aktion im Laufe der Jahre in der Bevölkerung sehr bekannt geworden ist, erscheinen auch spontan zahlreiche Eltern mit der Bitte um Unterbringung ihrer Kinder in Erholungsheimen an der See oder im Gebirge. Aber nicht nur Wiener Kinder finden bei unserer Aktion Berücksichtigung, sondern auch Kinder aus der Provinz, insbesondere aus den Industriezentren, wie St. Pölten, Liesing, Berndorf, Grünbach und Wr. Neustadt, dann aus dem Burgenland und aus Oberösterreich, speziell Linz. Diese Kinder werden entweder mit Wiener Transporten in die Heime geschickt oder in eigenen Transporten gesammelt und vornehmlich nach Italien zur Erholung entsendet.

Bei der Aufnahme wird zunächst für jedes Kind ein Aufnahmebogen (siehe Anhang, Beilage Nr. 1) in allen Teilen genau ausgefüllt, die Anamnese aufgenommen und das Kind dem Arzt zwecks Untersuchung vorgestellt. Auf Grund des erhobenen Allgemein- und Organbefundes werden nun die Kinder in drei Gruppen eingeteilt, und zwar: „A“, „B“ und „C“. Die Kinder, welche in die Gruppe „A“ eingereiht werden, sind die kräftigen, nicht erholungsbedürftigen Kinder; diese werden im Allgemeinen abgewiesen.

Die Aktion soll tuberkulös gefährdete Kinder noch vor Ausbruch einer manifesten Tuberkulose erfassen, um den Kindern durch einen Erholungsaufenthalt die gegen die Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten nötige Widerstandskraft zu verschaffen. Was ist nun ein tuberkulös gefährdetes Kind? Es muß hier zwischen zwei Gruppen unterschieden werden: Erstens gibt es Kinder, welche gezwungen sind, ständig mit tuberkulösen Familienangehörigen zusammen zu leben. Solche Kinder sind nach ST. ENGEL als tuberkulös bedroht, bzw. nach F. HAMBURGER tuberkulös exponiert zu bezeichnen. Zweitens gibt es Kinder, welche in der Entwicklung zurückgeblieben, unterernährt, rekonvaleszent nach Infektionskrankheiten (Masern, Keuchhusten usw.) sind und deshalb in ihrer Widerstandskraft geschwächt sind. Solche Kinder sind als tuberkulös disponiert bzw. tuberkulös gefährdet im engeren Sinn zu bezeichnen. In den meisten Fällen treffen nun diese Faktoren zusammen, beispielsweise, daß ein Kind mit seinen tuberkulösen Angehörigen den Schlafraum teilen muß und infolge Unterernährung geschwächt und für eine tuberkulöse Erkrankung deshalb besonders disponiert erscheint. Dementsprechend muß nicht nur Expositions-, sondern auch Dispositionsprophylaxe nach F. HAMBURGER geübt werden. Auch H. LANGER, Berlin (Erholungsfürsorge als Mittel zur Bekämpfung der kindlichen Tuberkulose in „Ziel und Gestaltung der Erholungsfürsorge“, herausgegeben von Rott und Stahl) unterscheidet zwischen diesen beiden Aufgaben der Erholungsfürsorge. Wir haben auch bei den Kindern unserer Aktion Tuberkulinproben angestellt und gefunden, daß bei den zu uns kommenden Kindern 70% eine positive Pirquetprobe aufweisen, also tuberkulös infiziert

sind. Die Organuntersuchung, welche bei der Aufnahme vorgenommen wird, erstreckt sich in erster Linie auf Auskultation und Perkussion der Lunge und des Herzens. Weiters wird ein besonderes Augenmerk auf das Vorhandensein von Drüsen, von verschiedenen Haut- und Knochenerscheinungen gelegt. Bei der Allgemeinuntersuchung wird in jedem Falle der Ernährungszustand, die Hautdurchblutung, das Verhalten des Hautfettpolsters und der Muskulatur beobachtet. Bei zweifelhaften Fällen wird die Röntgenuntersuchung herangezogen. Wo es nötig ist, werden Laboratoriumsuntersuchungen (Harn, Auswurf) durchgeführt, bzw. Befunde (Wassermannbefund usw.) eingeholt. Eine große Anzahl von Kindern erhielt bereits von den zuweisenden Fürsorge-, Schul- und Kassenärzten Befundzettel, so daß in diesen Fällen auch das Urteil des behandelnden Arztes bei der Entscheidung über die Einteilung des Kindes mit herangezogen werden kann, was von größter Wichtigkeit ist.

Die Eltern erhalten bei der Untersuchung sogenannte Antragzettel mit der Weisung, auf Grund derselben bei ihrer Krankenkassa um Übernahme des Krankenkassenbeitrages vorzusprechen. Zur leichteren Orientierung und um den Betrieb in der Zentrale an den Untersuchungstagen nicht allzusehr aufzuhalten, werden gedruckte Instruktionen<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Vereinigte österreichische

## Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder

Zentralstelle: Wien XVIII, Glanzinggasse 37  
(Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge)

Telephon Nr. 15-3-98  
Postsparkassen-Konto 34.150

Gegründet im Jahre 1921

Wien, im April 1925.

### Vorgang bei der Aufnahme und Entsendung von Kindern

1. Bei Ausfüllung des Vormerkbogens durch unsere Schwestern haben die Eltern ihre Wünsche, wo und wann ihre Kinder untergebracht werden sollen, zwecks Vormerkung anzugeben. Die Entscheidung hierüber obliegt aber der Leitung der Krankenkassenhilfe.

2. Im Untersuchungszimmer muß im Interesse der Untersuchung der Kinder Ruhe herrschen und können daher während der Untersuchung keine Auskünfte erteilt werden. Dieselben sind von den aufnehmenden Schwestern im Vorraum, oder an jedem Vormittag vom Arzt oder den Schwestern einzuholen. Wegen des großen Andranges ist es nicht gestattet, auf telephonischem Weg Auskünfte einzuholen.

3. Die krankenversicherten Eltern erhalten bei der Aufnahme in unserer Zentralstelle einen Antragzettel; mit demselben sowie mit der Mitgliedschaftsbestätigung der Krankenkasse haben sie zu ihrer Kranken-

über den Vorgang bei der Aufnahme und Entsendung der Kinder ausgeteilt. Die Krankenkassen zahlen die vereinbarten Krankenkassenbeiträge für die Kinder jener Mitglieder, bei welchen eine einjährige

kasse zu gehen und um eine schriftliche Bewilligung eines Krankenkassenbeitrages (Zahlungserklärung) anzusuchen. Im Interesse der Parteien ist es gelegen, dafür Sorge zu tragen, daß die Zahlungserklärung der Krankenkasse unserer Zentralstelle einige Wochen vor der beabsichtigten Entsendung des Kindes entweder durch die Krankenkasse oder durch sie selbst per Post übermittelt werde.

4. Wenn die Zahlungserklärung bei uns eingetroffen ist, werden die Eltern mit dem Kinde zirka ein bis zwei Wochen vor der Abfahrt des betreffenden Transportes, für welchen das Kind in Aussicht genommen ist, in unsere Zentralstelle zur Gepäckskontrolle vorgeladen. Zu derselben hat das Kind folgende Gegenstände, in einem Rucksack verpackt, zwecks Überprüfung, ob dieselben für den Heimaufenthalt entsprechen, mitzubringen: 3 Hemden, 3 Hosen, 3 Nachthemden, 1 Badeanzug (Badehose), 3 Paar Strümpfe, 2 Paar feste Schuhe, 1 Paar Hausschuhe, 2 Kleider (Anzüge), 1 Mantel, 1 Zahnbürste, 1 Kamm, 1 Waschlappen, 2 Handtücher, 4 Taschentücher, 1 Trinkbecher, Seife, Schuhputzzeug. Die Wäsche muß mit dem ganzen Familiennamen gemerkt sein. Nach erfolgter Gepäckskontrolle sind die Gegenstände wieder nach Hause zu nehmen.

5. Die Eltern sind verpflichtet, diese überprüften Kleider- und Wäschestücke nebst entsprechendem Reiseproviant dem Kinde auf die Reise mitzugeben. Das Kind ist gereinigt (gebadet) und ungezieferfrei auf den Bahnhof zu bringen. Kinder mit Läusen können nicht mitgenommen werden. Bei der Gepäckskontrolle erhalten die Kinder eine kleine Karte, auf welcher die Transportnummer sowie der Tag und die Stunde der Abreise vermerkt ist. — Diese Karte ist dem Kinde bei der Abfahrt an einem Band um den Hals zu hängen.

6. Gelegentlich der Gepäckskontrolle ist der Elternbeitrag im vorhinein für 8 Wochen einzuzahlen. Dieser Elternbeitrag stellt den von den Krankenkassen nicht bezahlten Anteil an den Gesamtkosten der Unterbringung (einschließlich Transportkosten) dar. Die Aufenthaltsdauer eines Turnus beträgt 8 Wochen.

7. Diejenigen Kinder, welche für ein italienisches Heim in Aussicht genommen sind, haben zur Gepäckskontrolle auch einen Impfschein mitzubringen. Derselbe wird nach Einsichtnahme sofort zurückgegeben.

8. Die nach Italien reisenden Kinder haben zur Abreise auf dem Bahnhof einen sogenannten Seuchenschein, welcher vom magistratischen Bezirksamt des Wohnortes ausgestellt wird, mitzubringen. Außerdem sind jedem nach Italien reisenden Kinde für Briefporto 10 Lire (nicht österreichisches Geld) mitzugeben.

9. Jene Eltern, für die die Krankenkasse keinen Beitrag leistet (Selbstzahler), haben neben dem normalen Elternbeitrag auch jenen Betrag zu zahlen, den sonst die Krankenkassen bezahlen.

10. Teilzahlung ist möglich; aber erst nach erfolgter Zahlung der letzten Rate kann das Kind abgeschickt werden. Erlagscheine für Teilzahlungen werden bei der Aufnahme auf Wunsch ausgegeben.

Mitgliedschaft festgestellt ist. Die Krankenkassenbeiträge decken beiläufig drei Viertel der gesamten Unterbringungskosten, inklusive Transport- und Regiekosten. Auf die Eltern entfällt somit ein Betrag, welcher vor Absendung des Kindes in barem zu erlegen ist. Um auch jenen Eltern, welche den Elternbeitrag nicht aufbringen können, die Unterbringung ihrer Kinder zu ermöglichen, haben heuer die Kassen in solchen nicht zu seltenen Fällen auch den ganzen Elternbeitrag, bzw. einen Teil des Elternbeitrages neben dem Krankenkassenbeitrag in dankenswertester Weise übernommen. Somit konnten auch diese ganz bedürftigen Fälle befürsorgt werden.

Bei der Untersuchung hat zunächst der Arzt zu entscheiden, ob das Kind: a) überhaupt erholungsbedürftig ist, b) ob es für ein Erholungsheim im Gebirge oder an der See geeignet ist, c) ob es heilstätten- bzw. spitalsbedürftig ist. Den vorgebrachten Wünschen der Eltern, bezüglich Unterbringung ihrer Kinder in Italien oder in Österreich usw. wird, wenn möglich, Rechnung getragen. Natürlich ist der ärztliche Befund maßgebend. Die mit Drüsen behafteten, asthenischen, neuropathischen Kinder senden wir hauptsächlich ans Meer; die lymphatischen, torpiden, blassen Kinder mit pastösem Habitus sind mehr für Heime im Hochgebirge geeignet. Kinder mit Verdacht auf eine floride Lungentuberkulose senden wir nicht ans Meer, sondern bringen dieselben in der Nähe von Wien (Kinderkrankenhaus Schwedenstift in Perchtoldsdorf) oder in Heilstätten im Gebirge (Hörgas) unter. Skrofulöse Kinder senden wir gerne ans Meer, wo sehr gute Heilerfolge erzielt werden; ebenso eignen sich appetitlose Kinder (schlechte Esser) außerordentlich für eine klimatische Kur an der See.

Wenn die Zahlungserklärung der Krankenkasse in der Zentralstelle eingelaufen ist, wird das betreffende Kind in dem in Betracht kommenden Transport eingeteilt und die Eltern schriftlich aufgefordert, zur sogenannten „Gepäckskontrolle“ mit dem Kinde und dem vorgeschriebenen Gepäck zu erscheinen. Bei diesem zweiten Erscheinen der Kinder werden die im ärztlichen Bericht angeführten Messungen und Wägungen durchgeführt. Den Fürsorgeschwestern in der Zentralstelle obliegt es, die Mütter über die näheren Bedingungen des Abtransportes, des Heimlebens usw. aufzuklären. Manchen Vorurteilen ist hier zu begegnen. (Siehe unten Bericht der Oberschwester OLGA HEDBAVNY.)

Die Transporte<sup>1)</sup> werden stets von Ärzten geleitet, denen Schwestern

1) Allgemeine Instruktionen für die Begleitung der Kindertransporte.

1. Die Begleiter sind auf die Dauer des Transportes dem Arzte, der den Transport führt, unterstellt und haben seinen Anordnungen Folge zu leisten.

2. Die Begleiter haben während des Transportes stets bei den Kindern, welche ihnen anvertraut sind, zu bleiben. Keinesfalls sind die Kinder auch nur auf Minuten ohne Aufsicht zu lassen. Die Begleitpersonen sollen durch

zur Beaufsichtigung der Kinder beigegeben sind. Die Kinder erhalten während der Fahrt auch warme Verpflegung in Stationen, wo der Zug längeren Aufenthalt hat. Den Transporten werden neben verschiedenen Lebensmitteln auch wohleingerichtete Sanitätskoffer mit Verbandzeug und verschiedenen Medikamenten mitgegeben.

Für die Heime ist eine detaillierte Hausordnung von unserer Zentrale ausgearbeitet, die im Anhang (Beilage Nr. 2) abgedruckt ist und an welche sich die Schwestern zu halten haben. Aus der Haus-

Erzählungen und Gesang dazu beitragen, die Reise den Kindern erträglich zu machen.

3. Fenster und Türen sind besondere Gefahrstellen. Bei den Waggonen mit vielen Seitentüren sind die Türen vom Schaffner sperren zu lassen.

4. Die Aufsicht und der Dienst der Begleitpersonen ist so zu regeln, daß bei Tag in jedem größeren Abteil eine Schwester, im ganzen Waggon aber mindestens zwei Schwestern Dienst halten. Bei Nacht genügt eine Schwester für einen Durchgangswagen. Es ist womöglich ein Abteil freizuhalten für solche Kinder, welche während der Fahrt von Unwohlsein befallen werden.

5. Das Einsteigen Fremder in den Wagen der Kinder ist unter allen Umständen zu verbieten.

6. Raufen, Herumklettern auf den Bänken, insbesondere in der Nähe der Fenster, ist strenge zu verbieten. Die Aufsichtspersonen haben während des Essens achtzugeben, daß sich die Kinder nicht mit Messer oder Gabeln oder Glasflaschen verletzen.

7. Die Begleitpersonen haben genügend Mundvorrat für sich mitzunehmen.

8. Die Kinder sind anzuhalten, im Essen und Trinken möglichst mäßig zu sein, und dürfen speziell von Süßigkeiten nur geringe Mengen genießen. Denjenigen Kindern, die den diesbezüglichen Anordnungen keine Folge leisten, sind die Mundvorräte abzunehmen und nach Bedarf in entsprechenden Mengen zu verabfolgen.

9. Die Kinder sind anzuhalten, die Mahlzeiten zu bestimmten Stunden einzunehmen.

10. Der Transportleiter hat in Stationen längeren Aufenthaltes durch die Bahnhofrestauration Tee, Wasser, Kaffee oder Suppe bereitstellen zu lassen. Hiezu ist rechtzeitige telegraphische Vorausbestellung nötig.

11. Die Begleiterinnen haben entsprechende Schwesternschürzen zu tragen und haben dieselben selbst beizustellen.

12. Die Transport- und Ausweispapiere, wie Paßliste der Begleitpersonen, Fahrkarten, Fahrtbegünstigungsscheine usw., sind stets vom Transportleiter bereitzuhalten.

13. Der Transportleiter hat nach Möglichkeit dafür Sorge zu tragen, daß die Wagen, mit welchen die Kinder befördert werden, an D-Züge angehängt werden.

14. Irgendwelche Schmuggerei, Verheimlichung von zollpflichtigen Gegenständen, Handlungen gegen bestehende Vorschriften, Ausfuhrverbote u. dgl. sind strengstens verboten. Die Vereinigte österr. Krankenkassenhilfe lehnt diesbezüglich jede Verantwortung für ihre Transportbegleiter ab und würde gegebenenfalls selbst die Anzeige erstatten müssen.

ordnung ist zu ersehen, daß wir das Hauptgewicht auf eine gute Ernährung und peinlichste Reinheit und Pflege sowie auf ärztliche Behandlung und gewissenhafte Beaufsichtigung der Kinder legen. Die Beaufsichtigung stellt an die Erfahrung und persönlichen Eigenschaften der Schwestern große Anforderungen, weil in einem Heime Kinder aus verschiedenartigem Milieu zusammentreffen und ein gedeihliches Zusammenleben nur dann erzielbar ist, wenn die Kinder ein gewisses Gemeinschaftsgefühl empfinden. Unter den Kindern, welche zur Erholung in Heimen untergebracht werden, kann man drei Gruppen unterscheiden: 1. Normal veranlagte und wohlgezogene Kinder. Diese Kinder gewöhnen sich leicht an das Leben im Heime und die notwendige Disziplin und Ordnung. 2. Verwahrloste Kinder, welche keine richtige Erziehung genossen haben. Diese Kinder zeigen sich im Heime oft widerspenstig, geben den anderen ein schlechtes Beispiel und verursachen häufig den Aufsichtsschwestern die größten Schwierigkeiten bei Erhaltung der Disziplin. Es stehen ja den Schwestern keinerlei besonders wirksame Disziplinarmittel zur Verfügung und man will auch nicht erholungsbedürftige Kinder nur deshalb, weil sie schwer erziehbar sind, vorzeitig aus den Heimen wieder nach Hause schicken. 3. Neuropathische Kinder. Das sind jene Kinder, welche schon im Elternhause Schwierigkeiten bei der Erziehung verursacht haben. Diese Kinder sind oft wahre Haustyranen. Sie stehen im Mittelpunkt des gesamten Familienlebens, werden oftmals, besonders - zur Zeit von Erkrankungen, übermäßig verzärtelt, dann wieder durch unangebrachte Strenge verschüchtert. Die Kinder sind angeberisch und oft lügnerisch veranlagt, beklagen sich über ihre Kameraden und widersetzen sich im Heime, ebenso wie im Elternhause vielfach der Ordnung. Gerade von diesen Kindern stammen die meisten Beschwerden, indem sie ihren Eltern ganz lügenhafte Berichte schreiben oder nach Rückkehr den Eltern unwahre Dinge vom Heime erzählen. So kommt es, daß die leichtgläubigen Eltern oft die unsinnigsten Dinge über das Heim und das Leben der Kinder als Beschwerde vorbringen. Wie anders würden die Eltern urteilen, wenn sie Gelegenheit hätten, die Heime selbst zu sehen.

Es ist Sache der Heimschwestern, durch Nachsicht und Güte, andererseits wieder durch richtig angewandte Strenge, die aber stets von Wohlwollen geleitet sein muß, diese verschiedenartigen Typen der Kinder zu einem gemeinsamen, geselligen Anstaltsleben zu bringen.

Die Liegestunden verbringen die Kinder im allgemeinen teilweise entkleidet in den Betten nach der Hauptmahlzeit. An schönen Tagen jedoch werden die Liegestunden im Freien, in den Seehospizen am Strande abgehalten. Die Kinder sind am Strande vielfach nur mit einer Schwimmhose bekleidet, spielen dort im Sande, bauen Burgen usw. Auch Ausflüge werden, besonders mit größeren Kindern, veranstaltet. Einige österreichische Heime, wie z. B. die Ferienkolonie

Oberbildstein in Vorarlberg, die Mädchenerziehungsanstalt in Admont, das Sophienkinderheim Schloß Grafenegg bei Liezen und das Heim „Auhof“ in Türnitz zeichnen sich hiebei besonders aus. Die Schwestern machen dort mit den Kindern in der schönen Umgebung und Gebirgslandschaft auch weitere Spaziergänge und Ausflüge, welche bei den Kindern die größte Begeisterung hervorrufen. Außerdem wird mit den Kindern täglich zirka eine Stunde ein Wiederholungsunterricht abgehalten. An regnerischen Tagen wird durch Veranstaltung von Gesellschaftsspielen, Theatervorstellungen usw. für Zerstreuung gesorgt; die Kinder sollen geistig angeregt und unterhalten werden. Aufsichtspersonen werden um so mehr Zufriedenheit bei ihrer Kindergruppe erwecken und um so weniger mit Ungehorsam zu kämpfen haben, je mehr sie durch Erzählungen, Gesang, Gesellschaftsspiele im Freien und im Zimmer den Kindern Unterhaltung und Zerstreuung verschaffen können. Solche Schwestern haben es dann nur selten notwendig, die Kinder zu strafen. Es ist ja außerordentlich schwierig, für undisziplinierte Kinder, welche zur Erholung in Heime entsendet werden, geeignete Strafen zu finden. Der richtige Takt und die Geschicklichkeit der Schwester muß hier den richtigen Weg finden, um das Ehrgefühl der Kinder zu wecken; durch Ausschließung der Kinder von Spaziergängen, dadurch, daß die Kinder abseits vom Tische essen müssen, muß die Einfügung in die Heimordnung erzwungen werden. Weitere Mittel stehen ja nicht zu Gebote. Man muß sich wundern, daß im Laufe der Jahre, in welchen über 13.000 Kinder weggeschickt worden sind, keine größeren Zwischenfälle aufgetreten sind, wenn man bedenkt, daß unter den vielen Kindern sicher auch pathologisch veranlagte, schwer erziehbare Elemente vorhanden waren. Bemerkt soll aber werden, daß viele Eltern schriftlich und mündlich den heilsamen erzieherischen Einfluß, den das Heimleben auf ihre Kinder gemacht hat, hervorgehoben haben. So heißt es z. B. in einem Brief:

„Noch mehr überrascht war ich jedoch, als ich am 28. Juni l. J. mein Kind vom Ostbahnhof anlässlich seiner Rückkehr von Italien abholen konnte. Nicht nur, daß mein Junge glänzend aussah, an Körpergewicht sichtlich zugenommen hatte, war er auch in seinem ganzen Auftreten viel selbständiger geworden, ein sicheres Zeichen, daß während des Aufenthaltes der Kinder in Italien nicht nur für ihr leibliches Wohlergehen gesorgt wurde, sondern daß dieselben auch gut erzogen und beaufsichtigt worden waren.

Mit einem Wort, mein Kind hat sich sehr zu seinen Gunsten verändert und je länger ich meinen Jungen um mich habe, um so mehr lerne ich die Wohltaten Ihrer Aktion kennen.“

Wie aus unserer Hausordnung zu ersehen ist, wird auf eine geregelte Tageseinteilung der größte Wert gelegt. Die Kinder sollen zur bestimmten Stunde aufstehen und die Mahlzeiten zu den festgesetzten Zeiten einnehmen. Vor dem Essen werden in den Heimen mit den Kindern Spaziergänge unternommen; in den Seehospizen ist diese Zeit

für die Meerbäder bestimmt. Nach dem Essen müssen die Kinder die bereits erwähnten Liegestunden abhalten.

Die für das Erholungsergebnis vielleicht ausschlaggebendste Forderung bezieht sich auf eine gute, kalorienreiche Kost. Es verlangt die Aktion von den Heimen, daß die Kinder fünfmal wöchentlich Fleisch bekommen und die Kost abwechslungsreich, kalorienreich und auch qualitativ entsprechend und gut zubereitet ist. Wir legen auf Verabfolgung von viel Eiweiß, Fett und Frischgemüse großen Wert. Die Kinder müssen auch während der Mahlzeiten von unseren Schwestern beaufsichtigt werden.

Die Kinder stehen in den Heimen unter ständiger ärztlicher Kontrolle. In manchen Heimen wohnt der Arzt dauernd im Heim, in anderen Heimen ist ein Abkommen getroffen, daß der Arzt des Ortes wöchentlich oder alle 14 Tage sämtliche Kinder einer ärztlichen Untersuchung unterzieht und bei Erkrankungsfällen sofort gerufen werden kann. Erkrankte Kinder werden, sofern es möglich ist, auf den Krankenabteilungen der Heime behandelt oder an das nächste Spital abgegeben. In allen Heimen sind Isolierzimmer vorhanden, in welchen infektionsverdächtige Kinder sofort von den anderen getrennt werden können. Durch Beobachtung dieser Vorkehrungen und dadurch, daß jede Gruppenschwester ihre Kinder täglich in der Früh befragt, ob sie sich wohl fühlen, daß Temperaturmessungen vorgenommen werden und den Kindern, wenn nötig, in den Rachen geschaut wird, gelingt es erfreulicherweise, das Auftreten von Infektionskrankheiten in unseren Heimen zu einem seltenen Ereignis zu machen und die Ausbreitung überhaupt zu verhindern. Im Laufe der Zeit kommt es allerdings auch bei der großen Anzahl von Kindern vor, daß bei einem Kinde eine geschlossene Tuberkulose aufflackert und die Überführung des Kindes aus dem Heime in ein Spital notwendig macht. Auch hier wird es durch die periodischen ärztlichen Untersuchungen möglich, daß der Arzt sehr frühzeitig eine solche akute Verschlechterung konstatiert und das Kind von den anderen Kindern trennt und einer geeigneten Behandlung zuführt.

Die Inspizierungen der Heime unternimmt zum Teil der Leiter der Aktion selbst, zum Teil werden Ärzte und ältere, erfahrene Schwestern hiezu von der Zentrale entsendet. Diese Organe haben sich über die Zustände im Heime, Verpflegung, Ernährung, Beaufsichtigung und Unterbringung der Kinder zu informieren und der Zentrale schriftliche und nach Rückkehr mündliche Berichte zu erstatten. Wenn solche Inspektionsorgane an die versammelten Kinder in den Heimen die Frage richten, ob die Kinder heimkommen wollen, so können wir mit Freude berichten, daß die Kinder von einer vorzeitigen Heimkehr nichts wissen wollen. Wie oft kommt es vor, daß Eltern erzählen, ihre Kinder hätten in Wien noch lange Zeit Heimweh nach den schönen Seehospizen oder den österreichischen Erholungsheimen gehabt. Durch Inspizierungen und die wöchentlichen Berichte der Heimschwestern

ist die Zentrale der Aktion fortlaufend unterrichtet, wie die Erholung der Kinder in den einzelnen Heimen vonstatten geht, und kann bei eventuell auftretenden Mißständen sofort dieselben abstellen. Wie sehr die Kinder an manchen Schwestern, Heimleitern usw. hängen, beweist der Umstand, daß manche Kinder Jahr für Jahr zu uns kommen, mit der Bitte, wieder in dieselben Heime und zu denselben Schwestern geschickt zu werden. Besonders dort gelingt es, die Kinder ans Heim zu fesseln, wo die Heimleitung und die Schwestern es verstehen, für Unterhaltung der Kinder zu sorgen z. B. von Zeit zu Zeit Kinderfeste zu arrangieren, in welchen die Kinder bei Tänzen, Theatervorstellungen usw. tätig mitwirken können. Das nachstehende Gedicht wurde in einem Kinderheim in Deutschland (Derschau in Preußisch-Schlesien) anläßlich einer solchen Veranstaltung verfaßt:

Kinder, laßt uns froh und munter  
Heut begrüßen diesen Tag,  
Freude, die im Herzen wohnt,  
Juble laut, wie Lerchenschlag.

Seht, es naht die Abschiedsstunde,  
Wehmut schleicht sich drum ins  
Herz;  
Lindern soll des Festes Freude,  
Unsern großen Abschiedsschmerz.

Sollt noch einmal heut genießen  
Die Freuden im Erholungsheim;  
Dann schaut in die Abschiedsstunde  
Die Erinnerung hell hinein.

Wendet euch an alle jene  
In der Heimat und auch hier,  
Um des Dankes Zoll zu bringen;  
Dankbar sein, das wollen wir.

Die uns dieses Heim erschlossen,  
Stets um unser Wohl bemüht,  
Nimmermüde und unverdrossen,  
Bis uns hier das Glück erblüht.

Sprechen hier an dieser Stelle  
Bittend einen Wunsch noch aus,  
Daß man uns in später'n Jahren  
Wieder öffne dieses Haus.

Und den lieben guten Schwestern,  
Die uns hier so gut verpflegt,  
Die all' unser Tun behütet,  
Uns mit Liebe reich umhegt.

Uns're Herzen all' zusammen  
Schlagen heut wie eines nur,  
Sonnenschein und Kinderlachen  
Wandeln hell auf uns'rer Spur.

Bald heißt's nun sein Ränzel  
schnüren,  
Darum dacht die Anstalt dran,  
Euch ein kleines Fest zu geben,  
Daß ihr künftig denkt daran.

Darum freuet euch vom Herzen,  
Doch vergeßt in künftiger Zeit  
Nie die lieben guten Menschen,  
Die uns schafften solche Freud'!

Eure Herzen sollen immer  
Künftig sein des Dankes voll  
Gegen Herrn Dr. Eberhartinger  
Und Herrn Hofrat Dr. Moll.

Auch Herrn Oberbürgermeister  
Danken wir vom Herzensgrund,  
Der uns gab die hohe Ehre,  
Zu besuchen uns in guter Stund'.

Herrn Direktor woll'n wir danken,  
Der ein wahrer Freund uns war,  
Der der lieben Eltern Stelle,  
Hier in Derschau uns versah.

Und nun kann das Fest beginnen,  
Kinder, laßt uns fröhlich sein,  
Geht es morgen dann nach Hause,  
Nimmt man nichts als Frohsinn  
heim!

Nähert sich der Zeitpunkt der Rückreise der Kinder aus den Heimen, so werden zunächst von der Zentralstelle in Wien die Eltern von der Ankunft ihrer Kinder am Bahnhof in Wien verständigt und aufgefordert, dieselben vom Bahnhof abzuholen. Die Vorbereitungen für den Rücktransport (Waggonbeistellung, Ausrüstung der Kinder mit Reiseproviant, Entsendung von abholenden Begleitpersonen usw.) geschieht durch die Zentrale im Verein mit der Oberschwester des betreffenden Heimes. Die Rücktransporte werden ebenso wie die Hintransporte von einem Arzt geleitet, dem für je 25 Kinder je eine Schwester unterstellt ist. Vor Ankunft der Kinder in Wien haben die Schwestern dieselben vom Schmutz der Reise zu reinigen. Die nötigen Waschuensilien werden den Transporten in den Sanitätskoffern mitgegeben. Bei Ankunft haben der Arzt und die Begleitschwester den Eltern Auskunft über das Befinden der Kinder, über besondere Vorfälle während des Heimaufenthaltes und der Reise zu geben und eventuell noch weiter fürsorgebedürftige Kinder an die Zentralstelle zu weisen. Nach der Rückkehr aus den Heimen werden die Kinder zur Nachuntersuchung vorgeladen, deren Ergebnis im ärztlichen Bericht enthalten ist.

Um uns ein Bild über die erzielten Erholungserfolge in den einzelnen Heimen zu bilden, haben wir eingeführt, daß die Eltern gleichzeitig mit der Aufforderung, die Kinder vom Bahnhof abzuholen, um Mitteilung ersucht werden, wie sich die Kinder erholt haben. Es erliegen bei uns zirka 1000 Anerkennungsschreiben aus den Jahren 1924 und 1925, in welchen die Eltern in begeisterten Worten ihre Freude über das gute Aussehen der Kinder, das Schwinden der vorhandenen Krankheitserscheinungen und über das bessere Betragen ihrer Kinder zum Ausdruck bringen. Im Anhang (Beilage 3 und 4) haben wir einige dieser Anerkennungsschreiben zum Abdruck gebracht. Mitunter kommt es vor, daß Eltern schreiben, ihre Kinder hätten sich nicht erholt, hätten nicht zugenommen usw. Diese Kinder werden zur Untersuchung in die Zentralstelle bestellt und meistens gelingt es, die Ursache des tatsächlichen oder vermeintlichen Mißerfolges aufzufinden. In jedem einzelnen Falle einer Klage wird aber den angegebenen Mißständen nachgegangen und gewöhnlich gelingt es, nicht nur die Haltlosigkeit der Beschwerde zu erweisen, sondern auch die Eltern von der Unrichtigkeit ihrer Klage zu überzeugen.

Die Besorgtheit der Eltern über ihre Kinder ist eine überaus große. Sie veranlaßt die Eltern, während des Heimaufenthaltes wiederholt über das Befinden der Kinder Nachfrage zu halten und macht es nötig, daß dieselben von eventuell auftretenden Krankheitserscheinungen mitunter telegraphisch verständigt werden. Es ist nicht nur notwendig, daß gegebenenfalls den Eltern ermöglicht wird, das erkrankte Kind im Heime zu besuchen, sondern es muß auch nach Rückkehr aus dem Heime ein solches Kind weiter in Evidenz unserer Fürsorgeaktion

bleiben, eventuell ambulatorisch behandelt werden oder in Einzelfällen müssen Schritte zu einem nochmaligen Heilstättenaufenthalt eingeleitet werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß eine ganz gewaltige und aufreibende Arbeit von der Zentrale der Aktion geleistet werden muß. Es ist eine schwierige Aufgabe, Kinder aus dem häuslichen Milieu von der Seite ihrer Eltern in ganz anders geartete Verhältnisse, wie sie das Heimleben darstellen, zu versetzen und dabei die Verantwortung für alle diese Kinder gegenüber ihren Eltern zu übernehmen.

### **E) Fürsorgetätigkeit in der Zentrale der „Vereinigten österreichischen Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder“**

Von Oberschwester OLGA HEDBAVNY

Für die richtige, zweckentsprechende Auswahl der aufzunehmenden Kinder bei der Erholungsfürsorge sind sowohl die ärztlichen, als auch die fürsorgerischen Indikationen maßgebend. Hat doch die Erholungsfürsorge in erster Linie die Aufgabe, prophylaktisch zu wirken, das heißt, die Entstehung von Krankheiten zu verhüten. Im nachfolgenden sollen vornehmlich die fürsorgerischen Momente und jene Arbeit, welche wir Fürsorgeschwestern in der Zentralstelle zu leisten haben, erläutert werden. Der größte Teil der bei unserer Aktion sich meldenden Kinder ist bereits fürsorgerisch erfaßt (Tuberkulosen-Fürsorgestellen, Krankenkassen, Jugendämter, Schul- und Hausärzte) und stellt daher ein außergewöhnlich bedürftiges Material dar. Im Laufe der Zeit hat sich die Zusammenarbeit der Fürsorgestellen mit unserer Aktion immer mehr und mehr ausgebildet, so daß die Zuweisung in solcher Weise erfolgt, daß die bedürftigsten Fälle erfaßt werden können. Bei der Auswahl der Kinder muß vor allem die wirtschaftliche Lage der Eltern in Betracht gezogen werden. Schon die eine erschreckende Tatsache, daß 41% der Kinder in keinem eigenen Bett schlafen können, daß die Wohnverhältnisse im außergewöhnlichen Maß unhygienisch sind, ist ein Hinweis für die Fürsorgebedürftigkeit derselben.

Wenn die Eltern mit ihren Kindern zur Anmeldung erscheinen, wenden sie sich an die Fürsorgeschwester mit den verschiedenartigsten Fragen, die sie bedrücken, wenn sie ihr Kind fremden Händen anvertrauen sollen. Es fällt jeder Mutter schwer, nicht selbst in der glücklichen Lage zu sein, sich gemeinsam mit ihrem Kind einen Erholungsaufenthalt zu gönnen. Es ist die Aufgabe der Fürsorgeschwester, den Eltern über die verschiedenen Einrichtungen in den Heimen, die dortige Pflege, Kost, Beaufsichtigung usw. genauestens Auskunft zu geben. Es ist immer von großem Vorteil, wenn bei der Aufnahme Eltern anwesend sind, deren Kinder bereits in früheren Jahren in einem Er-

holungsheim waren und die dann den besorgten Müttern, die zum erstenmal ihr Kind an einer Aktion teilnehmen lassen wollen, von der günstigen

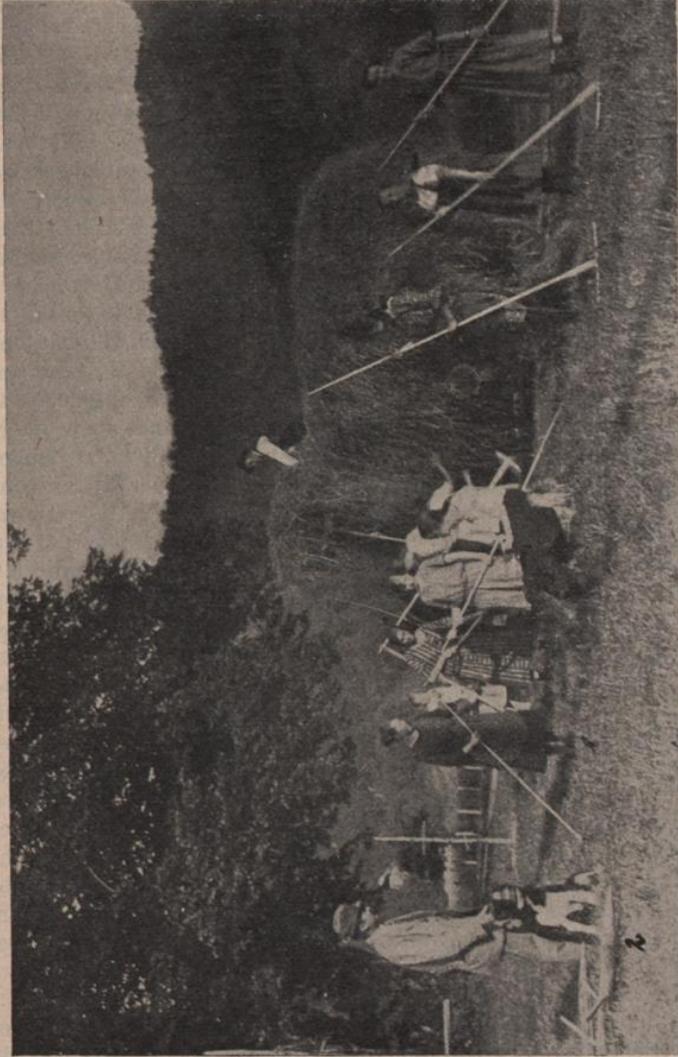


Abb. 10. Pflege- und Erholungsheim „Auhof“ in Türnitz, N.-Ö., Mädchen bei der Heuernte

Wirkung, die der Aufenthalt in einem Erholungsheim auf ihr Kind ausübte, berichten. Solche Mitteilungen sind am ehesten imstande, die Bangigkeit und das unausgesprochene Mißtrauen zu zerstreuen.

Eine zweite Besprechung und genauere Aufklärung der Eltern geschieht bei der Gepäckskontrolle, die kurze Zeit vor Abgang des Transportes erfolgt. Die Eltern erscheinen mit dem vorgeschriebenen Gepäck, das den Kindern für den Heimaufenthalt mitzugeben ist, in unserer Zentrale. Bei der Armut der Bevölkerung ist es eine erfreuliche Tatsache, daß zum größten Teil bei der Kontrolle des Gepäcks konstatiert werden kann, daß den Kindern alles vorschriftsmäßig mitgegeben wird. Selbst die ärmste Mutter ist bestrebt, ihr Kind möglichst gut für den Heimaufenthalt auszustatten. Die Kleidungs- und Wäschestücke sind mit großer Mühe sorgfältig geflickt und sauber gewaschen. Es kommt selbstverständlich auch vor, daß ein oder die andere Mutter das Gepäck in einem sehr mangelhaften und unordentlichen Zustand zur Kontrolle bringt. Da ist es nun die Aufgabe der Fürsorgeschwester, daß sie mit dem entsprechenden Takt der Mutter unter Hinweis auf das Gepäck einer ebenso mittellosen, aber ordnungsliebenden Frau nahelegt, die Ausrüstung ihres Kindes in einen für den Heimaufenthalt entsprechenden Zustand zu bringen. In sehr bedürftigen Fällen werden auch von seiten unserer Aktion fehlende Ausrüstungsgegenstände ergänzt. Gleichzeitig mit der Gepäckskontrolle werden auch die Kopfhare der Kinder nachgesehen. Leider ist es eine nicht zu leugnende Tatsache, daß der Großteil der Kinder mit Läusen oder Nissen behaftet ist. Man muß bedenken, daß durch die Wohnungsdichtigkeit und die schlechten wirtschaftlichen Verhältnisse die richtige Pflege der Kinder sehr erschwert wird. Den Müttern wird der Rat erteilt, wie die Kinder möglichst rasch und gut gereinigt werden können; vielfach werden auch von der Aktion Entlausungsmittel zur Verfügung gestellt. Leider ist es schwer zu verhindern, daß doch einzelne Kinder mit Läusen behaftet in die Heime kommen, und es kostet dann den Aufsichtspersonen im Heim viel Mühe, die Läuseplage zu bekämpfen. Bei der Gepäckskontrolle haben die Eltern nochmals Gelegenheit, ihre Wünsche und Fragen vorzubringen. Die Fürsorgeschwester wird auf verschiedene Eigenarten der Kinder aufmerksam gemacht. So z. B. gibt eine Gruppe von Müttern an, daß ihr Kind sehr scheu und verängstigt ist, nicht allein essen oder schlafen will und sich nur schwer an fremde Personen anschließt und daher ganz besonders zärtlich angefaßt werden muß. Andere Mütter klagen wieder über die schwere Erziehbarkeit ihres Kindes, dasselbe sei widerspenstig, unfolgsam, jähzornig, mache in der Schule nur langsam Fortschritte, so daß der Lehrer eine Entfernung aus dem häuslichen Milieu für angezeigt hält. Ganz besonders ausführlich sind die Wünsche der Mütter, deren Kinder an nervösen Erscheinungen leiden. Hieher gehören besonders die einzigen Kinder, die sich durch eine besondere Verzärtelung seitens der Eltern in ihrer psychischen Verfassung von anderen Kindern unterscheiden. Auch für diese Kinder wurde sowohl von Ärzten als auch von Lehrern ein Milieuwechsel angeraten. Wieder bei einem anderen Teil von Kindern kann man auf

den ersten Blick konstatieren, daß dieselben verwahrlost und ohne jegliche Disziplin und Ordnung aufgewachsen sind. Die Eltern solcher

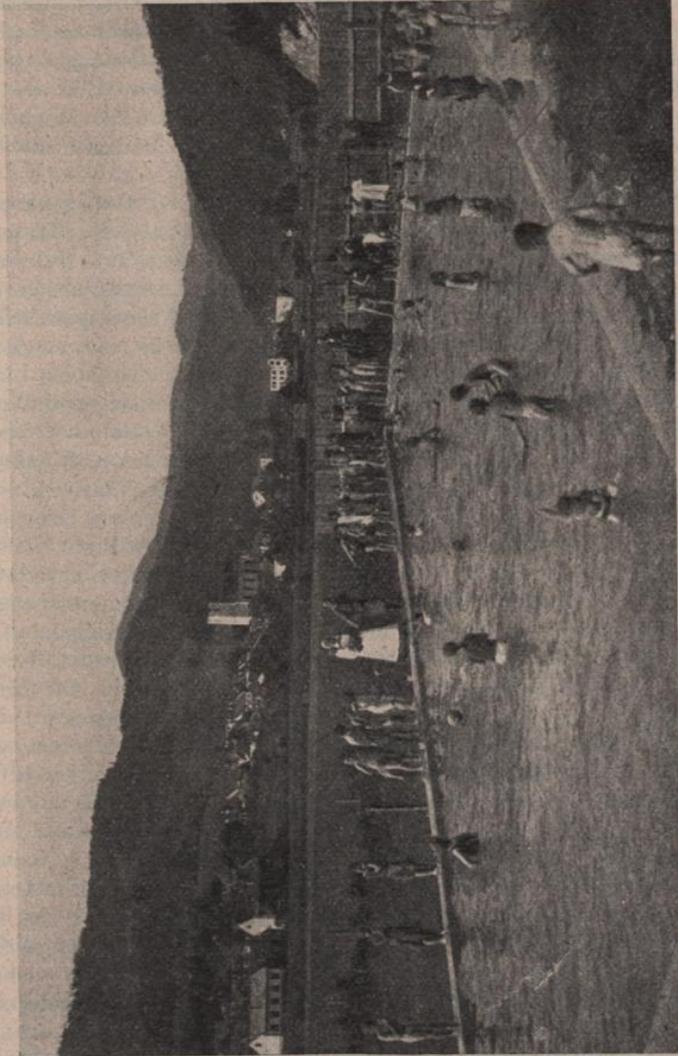


Abb. 11. Pflege- und Erholungsheim „Auhof“ in Tünnitz, N.-Ö., Schwimmbad

Kinder zeigen meist sehr wenig Interesse und stehen ihren Kindern ziemlich gleichgültig gegenüber. Durch die Rücksprache mit den verschiedenen Eltern hat die Fürsorgeschwester Gelegenheit, ein oder die

andere Eigenart der Kinder kennenzulernen, und daher die Möglichkeit, in besonderen Fällen die leitende Aufsichtsperson des Erholungsheimes davon in Kenntnis zu setzen. Durch diese Mitteilung können Fehler in der Erziehung des Kindes während seines Erholungsaufenthaltes vermieden werden. Die Fürsorgeschwester muß bestrebt sein, all den vielen Wünschen und Fragen der Eltern gerecht zu werden. Gelingt es ihr, mit dem richtigen Verständnis und dem nötigen Takt das Vertrauen der Eltern zu gewinnen, dann hat sie leicht die Möglichkeit, in die Familienverhältnisse Einblick zu bekommen und sich ein Urteil über die Fürsorgebedürftigkeit zu bilden.

Gelegentlich der Gepäckskontrolle werden die Eltern genauestens über den Abtransport informiert. Jedes Kind erhält eine Transportkarte, auf der der Name des Kindes und die Adresse des Heimes, die Transportnummer und auf der Rückseite die genaue Abfahrtszeit ersichtlich ist. Diese Karte ist dem Kinde vor dem Abtransport sichtbar umzuhängen. Am Tage der Abfahrt haben die Eltern vom magistratischen Bezirksamt einen sogenannten Seuchenschein einzuholen. Dieser Schein, der bestätigt, daß im Wohnhaus des Kindes seit drei Wochen keine Infektionskrankheit aufgetreten ist, muß am Bahnhof vor der Abfahrt der Fürsorgeschwester übergeben werden. Am Abfahrtstag erscheinen die Eltern eine Stunde vor Abgang des Transportes mit ihren Kindern am Bahnhof. Die Kinder werden in einem reservierten Wartesaal von der Fürsorgeschwester übernommen und an Hand der Transportliste namentlich verlesen und geordnet. Es erfolgt die Abnahme der Seuchenscheine und schließlich die Einwaggonierung der Kinder. Es bietet ein nettes Bild, wie flink jedes der Kleinen ist, um für sich den möglichst besten und schönsten Platz für die Reise zu erringen. Je 25 Kindern ist eine Aufsichtsperson zugeteilt. Die Leitung des Transportes obliegt dem Arzt, der den Transport begleitet. Nach erfolgter Einwaggonierung werden die Eltern auf den Bahnsteig gelassen, um nochmals Gelegenheit zu haben, ihre Kinder bei den offenen Waggonfenstern zu sehen. Den Eltern wird nahegelegt, den Kindern den Abschied nicht schwer zu machen, da sich insbesondere die Mütter nicht so leicht des Trennungsschmerzes erwehren können. Nochmals werden verschiedene Wünsche vorgebracht und jede Mutter bittet, ihr Kind in ganz besondere Obhut zu nehmen. In Erwartung der kommenden Ereignisse sind jedoch fast alle Kinder sehr vergnügt und nur ganz selten kommt es vor, daß eines der Kinder in Tränen ausbricht und nicht mitfahren will. Unter großem Jubel und Tücherschwenken der Kinder fährt der Zug aus der Halle und manche Mutter sieht mit ängstlichen, tränenvollen Augen ihrem Kinde nach, das sie nun für zwei Monate fremden Händen anvertrauen soll. Verstehen es die Begleitpersonen, die Kinder während der Bahnfahrt durch Spiele, Gesang usw. zu beschäftigen und für die Landschaft zu interessieren, dann verläuft dieselbe sehr rasch und vergnügt. Nur wenige Kinder vertragen die

Fahrt schlecht und werden von Unwohlsein befallen und es muß ärztlicher Rat in Anspruch genommen werden. Bei längerer Reise erhalten die Kinder auf den Stationen warme Mahlzeiten.

Sofort nach der Ankunft im Heim werden die Kinder gewaschen und nach dem Essen zu Bett gebracht. In den ersten Tagen des Erholungsaufenthaltes stehen die Kinder den neuen Eindrücken fremd gegenüber. Sie müssen sich erst an die veränderte Lebensweise gewöhnen, um aus sich herauszugehen. Gerade die ersten Tage fordern von den Aufsichtspersonen besonderes pädagogisches Geschick und rasche Einstellung auf die Eigenart des einzelnen Kindes. Das widerpenstige oder verwahrloste Kind muß mit Güte gelenkt werden und muß spielend eine gewisse Disziplinierung erfahren. Das scheue oder verwöhnte Kind, das häufig unter Heimweh leidet, muß besonders liebevoll angefaßt werden. Erwartungsvoll sehen die Kinder dem Leben im Erholungsheim entgegen und sind darum äußerst empfänglich und beeinflusbar. Die Aufsichtsperson hat sich daher voll mütterlicher Geduld und Liebe jedes einzelnen Kindes anzunehmen. Vereint sie pädagogische und pflegerische Kenntnisse mit Geduld und Liebe zu den Kindern, dann wird sie bald die Herzen ihrer Schützlinge erringen und der Erholungsaufenthalt wird für dieselben nicht allein nur in körperlicher, sondern auch in seelischer Beziehung mit Erfolg gekrönt sein.

Damit die Zentrale mit den Heimen in ständiger Fühlung sei, hat die leitende Aufsichtsperson allwöchentlich an die Zentralstelle einen Bericht über alle Vorkommnisse im Heim zu erstatten. Obwohl die Kinder angehalten werden, mindestens einmal in der Woche den Eltern eine Nachricht zukommen zu lassen, wenden sich die Eltern auch an die Zentrale um Auskunft. Es kommt nicht selten vor, daß einzelne Kinder, besonders in den ersten Tagen ihres Erholungsaufenthaltes, den Eltern das Leben im Heim nicht wahrheitsgemäß schildern und durch ihre vom Heimweh diktierten Berichte die Eltern in große Besorgnis versetzen. Die Eltern sind in ihrer Sorge um das Wohl ihres Kindes ungemein leichtgläubig und schenken den Klagen der Kinder blindlings Glauben. Sie wenden sich dann meistens an unsere Zentralstelle um Auskunft. Der Fürsorgeschwester kostet es dann häufig viele Mühe und Geduld, ungerechte Vorwürfe zurückzuweisen, die Eltern von der Hinfälligkeit der Klagen zu überzeugen und ihnen begreiflich zu machen, daß nur das Heimweh der Kinder die Ursache dieser beunruhigenden Nachrichten ist. Sehr bald werden auch die Eltern gelegentlich ihres Besuches eines Heimes oder durch eine später einlaufende günstige Nachricht ihres Kindes von der Unrichtigkeit der Klagen überzeugt. Nur in ganz seltenen Fällen kommt es vor, daß sich ein Kind nicht an das Heimleben gewöhnen kann.

Es ist selbstverständlich, daß ein Mutterherz ganz von Sorgen um ihr Kind, das in der Ferne weilt, erfüllt ist. Man wird es auch verzeihen,

wenn sie von bangen Zweifeln und Bedenken und einem gewissen Mißtrauen erfüllt ist und ihre Sorge gegenüber der Fürsorgeschwester manchmal in solch übertriebener Weise äußert, daß sie sich immer wieder in die Psyche einer besorgten Mutter hineindenken muß, um die in Aufregung vorgebrachten Zweifel mit Verständnis und Ruhe hinnehmen zu können. Eine Nachricht des Kindes, welche von der Mutter unrichtig aufgefaßt wird, bringt die Mutter dazu, unbegreifliche, oft geradezu kindische Wünsche vorzubringen. Die Mutter kommt in Angst und Sorge um ihr Kind in die Zentrale und wünscht nur Worte der Beruhigung zu hören, um dann in den meisten Fällen sich wieder zufrieden zu geben. Wie oft ereignet es sich, daß eine Mutter, weil die Post um einen Tag zu spät ankam, in hellster Verzweiflung in die Zentrale kommt. Am nächsten Tag nach Einlangen des ersehnten Briefes schlägt die Verzweiflung in volle Zufriedenheit um; von der beabsichtigten Abholung des Kindes bzw. Hinreise der Mutter ins Heim wird abgesehen und die Mutter entschuldigt sich bei der Schwester wegen ihres Verhaltens. Ganz charakteristisch war ein Fall, wo die Mutter T., weil sie meinte, ihr Kind bekäme zu wenig zu essen, die sofortige Abholung des Kindes energisch forderte. Als dann am nächsten Tag das Kind, blühend aussehend, ankam — es hatte im Heim beträchtlich zugenommen — und über die vorzeitige Abholung aus dem Heim sehr betrübt war, wurde es von der Mutter noch am selben Tag dem Heim überstellt. Alle diese Ausbrüche eines besorgten Mutterherzens wird jeder verstehen, der längere Zeit den Verkehr mit den Müttern zu pflegen hat. Gerade diese Aufklärungsarbeit ist eine schwierige, wichtige, nicht immer dankbare Aufgabe der Fürsorgeschwester.

Ganz besonders schwierig gestaltet sich die Aufklärungsarbeit der Schwester im Falle schwerer Erkrankung eines Kindes im Heim. Der Dienst ist so eingerichtet, daß im Fall einer solchen Erkrankung die Eltern sowie die Zentrale davon in Kenntnis gesetzt und durch den Heimarzt oder die Pflegerin laufend über das Befinden des erkrankten Kindes orientiert werden. Trotzdem kommen die Eltern in die Zentrale, um sich hier Nachricht zu holen. Es bedarf in solchen Fällen besonderer Geduld und Verständnisses, die besorgten Eltern über den wahren Zustand des Kindes aufzuklären und die überängstlichen Eltern zu beruhigen.

Ist die achtwöchige Erholungszeit vorüber, dann nimmt die kleine Schar mit schwerem Herzen von der Stätte, mit der sie so viele schöne, sorglose Stunden verknüpften und wo sie nun auch viele ihnen liebgewordene Menschen zurücklassen müssen, rührenden Abschied. Auf der Heimreise tauschen die Kinder noch gemeinsame Erinnerungen aus, und mit Wehmut denkt die kleine Gemeinschaft an die baldige Trennung von ihren Kameraden. Rechtzeitig werden die Eltern durch die Zentrale von der genauen Ankunftszeit ihrer Kinder verständigt. Erwartungsvoll sehen sie dann am Bahnhof dem einfahrenden Zug ent-

gegen. Die Fürsorgeschwestern der Zentrale sind bei der Auswaggonierung behilflich und übergeben den Eltern die zurückgekehrten Kinder. Die Wiedersehensfreude ist rührend, und manche Mutter, die ihr Kind in die Arme schließt, kann sich nicht genug über die auf den ersten Blick zu konstatierende günstige Veränderung im Aussehen ihres Kindes wundern und spricht mit Tränen in den Augen ihren Dank aus. Noch ein letztes Abschiednehmen von den Heimswestern und den Kameraden, und dann zerstreut sich die Kinderschar, die durch zwei Monate gemeinsames Interesse vereinigt hat.

In Fällen, wo die Angaben der Eltern bei der Anmeldung und Aufnahme Zweifel an ihrer Vertrauenswürdigkeit erwecken, werden von den Fürsorgeschwestern der Zentrale Hausbesuche gemacht. Diese Recherchen sind von größter Wichtigkeit; zeigen sie uns doch, daß infolge der bestehenden Wohnungsnot ein erschreckend hoher Prozentsatz unserer Kinder gezwungen ist, in einem tuberkulösen Milieu zu leben und ständig von der Gefahr umgeben ist, durch die Insassen der Wohnung infiziert zu werden. Man muß nur einmal in eine solche Wohnung eingetreten sein! Es sind kaum die primitivsten Einrichtungsgegenstände vorhanden, es fehlt an der notwendigen Lüftungsmöglichkeit, die Räume sind feucht und dunkel, dazu kommt noch, daß die Behausung ungemein dicht bewohnt wird und daher nur schwer der nötigen Reinigung unterzogen werden kann. Blasse, schmale Gesichter, müde Kinderaugen erzählen von der nachteiligen Wirkung dieser ungesunden, dumpfen Wohnungen. In jenen Fällen, wo die Mutter oder der Vater an Tuberkulose erkrankt ist, empfiehlt die Fürsorgeschwester den Eltern, sich an die Tuberkulosefürsorgestellen oder an die Krankenkassen zu wenden, um sich während des Erholungsaufenthaltes ihres Kindes einer Kur in einer Heilstätte unterziehen zu können. Oftmals haben bereits die Eltern eine Heilstättenaufnahme in Händen, und es muß dann die Unterbringung des Kindes so eingerichtet werden, daß dieselbe mit dem Heilstättenaufenthalt der Eltern zusammenfällt. Daß für solche Kinder eine Entfernung aus den schlechten häuslichen Verhältnissen, wo Not, Kummer und Entbehrung hausen und auf das kindliche Gemüt ihre Schatten legen, dringend notwendig und mit Erfolgen in physischer und psychischer Hinsicht verbunden ist, das zeigen uns die Resultate der Nachuntersuchung. Die Kinder werden, ebenso wie vor der Entsendung, einer genauen ärztlichen Untersuchung, Gewichtsbestimmungen und verschiedenen Messungen unterzogen. Die statistische Verarbeitung des bei der Nachuntersuchung gewonnenen Materials ist von größter Wichtigkeit, um Vergleichsmöglichkeiten zwischen verschiedenen Heimen zu erhalten; ferner kann auf diese Weise das Erholungsergebnis genau konstatiert werden. Gelegentlich der Nachuntersuchung teilen die Eltern mit, welche Veränderung sie bei dem zurückgekehrten Kind beobachten konnten. Bei fast allen Kindern konnte eine weitgehende günstige Umstellung nicht nur in körperlicher,

sondern auch in geistiger Beziehung konstatiert werden. Nach Aussagen der Eltern sind die Kinder viel frischer und lebhafter, zeigen viel größeres Interesse an ihrer Umgebung und sind viel leichter zum Gehorsam zu bewegen als vor dem Erholungsaufenthalt. Durch die Entfernung aus dem gewohnten Milieu wurde das widerspenstige, jähzornige Kind gezwungen, seine Unbeherrschtheit zu korrigieren und sich einer gewissen Disziplin zu fügen, das scheue oder gleichgültige Kind lernte in seiner neuen Umgebung sich anderen Kindern anzuschließen und aus sich herauszugehen. Manches Kind hat auch durch die Entfernung aus dem häuslichen, tristen Milieu unschätzbaren inneren Gewinn für sein ganzes späteres Leben empfangen, weil ihm viele schöne, sorglose Stunden, die ihm daheim versagt geblieben wären, zum erstenmal zuteil geworden sind. Anlässlich der Nachuntersuchung werden den Eltern vom Arzt entsprechende Ratschläge gegeben, damit der Kurerfolg der Kinder möglichst lang erhalten bleibe. Die Fürsorgeschwester, die Gelegenheit hatte, die sozialen Verhältnisse der meisten Eltern kennen zu lernen, muß dem Arzt in jedem Fall entsprechend Auskunft geben. Die individuelle Belehrung der Eltern ist sehr zweckmäßig.

Zusammenfassend geht aus dem Geschilderten hervor, daß der Fürsorgearbeit in der Erholungsfürsorge eine ungemein wichtige Rolle zufällt. Die Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Eltern bei der Auswahl der Kinder sowie die Aufklärung der Eltern über den Wert der Erholungsfürsorge erfordern aufopfernde und mühevoll Arbeit, die den ganzen Menschen in Anspruch nimmt. Um die verschiedenen Schwierigkeiten, die die Entsendung von Kindern in Erholungsheime mit sich bringt, zu überwinden, bedarf es großen Idealismus von Seite der Fürsorgeschwester, die vor allem selbst von dem hervorragenden Wert der Erholungsfürsorge überzeugt sein muß. Diese innere Überzeugung wird immer wieder neu gefestigt, wenn die Eltern nach Rückkehr der Kinder ihre volle Zufriedenheit über die erzielte Erholung zum Ausdruck bringen und uns aus den glückstrahlenden Kinderaugen der schönste Dank entgegenleuchtet. „Der Mensch vermehrt in dem Maße sein Glück, als er es anderen verschafft.“ (Tolstoi).

## F) Das Leben in einem Kindererholungsheim an der See

Von Oberschwester ANGELA (IRENE BURGAUNER)

Die nachfolgenden Zeilen sollen Einblick geben in die Tätigkeit, die die Schwestern in einem Seehospiz zu leisten haben:

Das Kind kommt aus dem Elternhaus hinaus in die Fremde und ist hier auf zwei Monate ihm unbekanntem Menschen anvertraut. Fremd darf jedoch dem Kind die Umgebung, das neue Haus und die Stellvertreterin der Eltern nur in der ganz ersten Zeit sein, denn gar bald sollen Schwester und Kind sich als Vertraute gegenüberstehen. Es ist dies keineswegs in jedem Falle leicht zu erreichen; denn es braucht oft

große Mühe und Plage von seiten der Schwester, bis sie das Vertrauen manches Kindes errungen hat. Man denke sich nur, wie viele ver-



Abb. 12. Niendorf an der Ostsee. Kinder am Strand — „Burg Wien“

schiedene Charaktere in einem Heim sich zusammenfinden. Um die Arbeit der Schwestern in einem Heim und die damit verbundenen Mühen und Plagen — auf manch nette Stunde sei dabei nicht vergessen

— richtig beurteilen zu können, wird es am besten sein, einige Tage, besonders natürlich die ersten und schwersten Tage, an den Augen des Lesers vorbeiziehen zu lassen.

Der Transport ist gemeldet, alle Vorbereitungen sind getroffen. Der Transport kommt an. Gegenüber den einzelnen Heimen auf offener Strecke hält der D-Zug. Langsam entsteigt eine große Schar Mädels und Buben verschiedenen Alters dem Zug und wird nun von uns Heim-schwestern empfangen. Das Dampfroß fährt in die dunkle Nacht hinaus, während die Kinder dem Heim zugeführt werden. Ihr ganzes Hab und Gut ist ein Rucksack, der den Kleinen und Schwachen sofort abgenommen wird. Zunächst trachtet die Heimschwester die kleinsten Kerlchen herauszusuchen und sich ihrer besonders anzunehmen.

Beim Heim angekommen, bewundern die Kinder das Neue, das „Nie-Gesehene“, horchen auf das Rauschen des Meeres oder sind schon recht müde und schläfrig nach 24stündiger Fahrt. Und doch muß die Oberschwester des Heimes noch vor dem Schlafengehen die Aufmerksamkeit der Kinder in Anspruch nehmen. Der Arzt, der den Transport begleitet hat, übergibt ihr Listen verschiedenster Art, und es heißt nun, der Verlesliste nach, die Kinder zu übernehmen. Welche Geduld dazu oft nötig ist, kann man sich wohl vorstellen: Wie soll der kleine vier- bis fünfjährige Junge und das süße kleine Mädel wissen, wie es mit dem Schreibnamen heißt? Es nennt prompt nur seinen Kosenamen, und gerade der ist nicht minder wichtig. Denn wie heimlich wird sich so ein Dingelchen fühlen, wenn es den Ruf seiner Mutter hört. Die Namen sind — wenn auch mit großer Mühe — verlesen; nun gehts an das Waschen und Saubermachen, ein kleiner Imbiß wird gereicht — die Kinder haben hauptsächlich nur Durst — und dann zum erstenmal ins fremde Bettchen. Jedem Kind wird das Bettchen zugewiesen, gar bald siegt Sandmännchen und sie sind alle entschlummert. Vom Heimweh kann man am ersten Abend — ich nehme nämlich eine Ankunft am Abend an, wie sie in Italien immer zutraf — nicht viel bemerken, dagegen macht sich am nächsten Morgen das Heimweh häufiger geltend. Im Traum war vielleicht manches Kind eben noch im Elternhaus und steht, nachdem es erwacht, vor fremden Menschen, die ihm wohl gut sein wollen, deren Liebe aber im Heimwehschmerz nicht verstanden wird. Doch muß ich sagen, daß sich die Kinder verhältnismäßig rasch an die neue Umgebung gewöhnen, nur ein paar Kleinkinder oder manchmal auch größere sind es, die das Heimweh oft recht arg erfaßt; bald aber ist am schönen Strand alles vergessen.

Am ersten Morgen übergibt dann die Oberschwester des Heimes die Kinder den einzelnen Gruppenschwestern und berücksichtigt dabei natürlich hauptsächlich das Alter, so daß Gruppen mit größeren und Gruppen mit kleineren Kindern gebildet werden; für die Erziehung ist dies sehr wichtig. Und nun beginnt die Arbeit der Gruppenschwestern im Verein mit der Oberschwester.

Die Gruppenschwester übernimmt von der Oberschwester laut Liste die Kinder und kontrolliert gleichzeitig die angegebene Adresse auf ihre Richtigkeit.

Vorher war das erste Frühstück ausgeteilt worden, das zum Großteil gemundet hat. In den ersten Tagen läßt der Appetit bei manchen Kindern zu wünschen übrig, aber bald stellt sich guter Appetit ein, so daß es eine wahrhafte Freude ist, den Kindern beim Essen zuzusehen. Nach den ersten Mahlzeiten hat das geübte Auge der Schwester die schlechten Esser schon bemerkt, und sowohl die Gruppenschwester als auch die Oberschwester wenden nun ihr Augenmerk hauptsächlich diesen Kindern zu, füttern die Kleinen und, was auch hilft, setzen schlechte Esser neben gute Esser.

Das Meer in seiner Majestät und Schönheit wird von den Kindern bewundert und ruft bei manchen Kindern große Begeisterung, bei manchen das Gegenteil hervor; denn gerade durch das Fremde erwacht das Heimweh aufs neue. Die meisten Buben möchten gleich baden oder ihre mitgebrachten Schiffe fahren lassen, und auch die Mädchen fragen nach dem „Wann“, „Wo“ und „Wie“ des Badens und vergehen fast vor Erwartung auf das Kommende.

Am ersten Tag des Aufenthaltes ist aber noch Manches zu erledigen. Vor allem geht es ans Auspacken der Rucksäcke. Jedes Kind bekommt seinen mit Namen versehenen Rucksack und packt ihn im Verein mit der Schwester aus, gibt die notwendigen Sachen heraus, läßt Unnötiges drinnen und wechselt auch gleichzeitig das Reisekleid mit einem bequemeren, leichteren Kleid, bzw. dort, wo vom Heim Kleider beigelegt werden, mit dem Anstaltskleid. Die Fragen, die hier in diesem Augenblick die Köpfe der Schwestern umschwirren, sind beinahe ohne Ende. In einem eigenen Buch, in dem das Gewicht und die Größe des Kindes vermerkt wird, wird auch die Rucksacknummer des Kindes notiert. Letztere wird in Form eines kleinen Holztäfelchens dem Rucksack angehängt und erleichtert wesentlich die Arbeit, wenn das Kind einmal etwas aus dem Rucksack braucht. Die ausgepackten Sachen werden nun in den Schlafsaal getragen und an den dazu bestimmten Platz gelegt.

Das Heim befindet sich unmittelbar am Strand, so daß das Kind beim Verlassen des Heimes schon am Strand ist. Beim ersten Spaziergang erweckt der Strand und das Meer das größte Interesse des Kindes. Selbstverständlich macht eine Schwester, die eine Bubengruppe beaufsichtigt, ganz andere Beobachtungen als eine solche mit einer Mädchengruppe. Da sind es vor allem die Muscheln, die in ihrer Mannigfaltigkeit große Bewunderung hervorrufen. Auch die verschiedenen anderen angeschwemmten Meerestiere werden mit großem Interesse angesehen. Und wie mit einem Schlag beginnt das Fragen; denn für das Kind gibt es in dem Augenblick, wo es so vielem Neuen gegenübersteht, Tausende von Fragen, deren Beantwortung viel Geduld erfordert und

sowohl an die Kenntnisse als auch an die Fähigkeit der Schwester, dem Kind die verschiedenen Naturereignisse in leicht verständlicher Weise zu erklären, manche Anforderungen stellt. Bald kommen auch die Kinder darauf, daß der Sand ein herrliches Spielmaterial ist, aus dem sich mit ein wenig Geschick Mancherlei bilden läßt. Der Knabe läßt nun vor seinem Geist Gräben und Burgen erstehen. In ein paar Tagen ist aus der Vorstellung schon Wirklichkeit geworden. Das Mädchen dagegen baut Wohnungen, richtet Puppenzimmer ein, formt köstliche Kuchen und Bäckereien. So wird der Sand schon gleich der beste Freund des Kindes.

Zwischen Frühstück und Mittagbrot ist ein Gabelfrühstück, meist aus Butterbrot bestehend, eingeschoben. Nach Heimkehr vom Vormittagsspaziergang erhalten die Kinder das Mittagessen. Dem voran geht das „Händewaschen“, worauf besonders geachtet werden muß. Es ist notwendig, beim Essen Ruhe zu verlangen. Man muß bedenken, daß in einem Speisesaal oft bis zu 300 Kinder versammelt sind, die sich nach vorangegangenem Spiel, Bad oder Spaziergang oft Vieles zu erzählen hätten und dabei auf das Essen ganz vergessen würden. Für die Erholung der Kinder ist aber gerade das Essen besonders wichtig. Der Speisesaaldienst bildet für die Schwestern in den ersten Tagen keineswegs eine leichte Aufgabe. Da heißt es konsequent sein und nur die Gesundheit des Kindes im Auge haben. Besonders zu berücksichtigen sind Kinder mit schlechten Zähnen und Kleinkinder. Die Kinder müssen angehalten werden, richtig und nett zu essen, sie müssen lernen, wie man sich bei Tisch den Tischgenossen gegenüber benimmt. Das Kind soll nach zwei Monaten Heimaufenthalt sich nicht nur körperlich erholt haben, sondern soll auch manche gute Lehre für das Leben mitnehmen. Die Kinder bekommen so viel zu essen, als sie wollen. Auf große und schwache Kinder muß besonders geachtet werden, daß sie genug bekommen. Nachdem alle Kinder das Essen beendet haben, beginnt die Liegestunde. Letzterer begegnen die Kinder mit recht verschiedenen Gefühlen; denn nicht alle Kinder sind genügend von daheim aufgeklärt worden, daß die Liegestunde für die Erholung sehr wichtig ist und daß sie alles tun müssen, was ihrer Gesundheit zuträglich ist. Gleich vor der ersten Liegestunde muß man also die Kinder auf die Wichtigkeit dieser Kur aufmerksam machen. Die Liegekur dauert zwei Stunden; die Kinder gehen hierauf auf den Spielplatz und tummeln sich dort bis 4 Uhr nachmittags herum, um welche Zeit den Kindern eine Jause gereicht wird.

Es ist sehr wichtig, daß die Kinder schon am ersten Tag an ihre Eltern schreiben. Jedes Kind erhält dazu von der Schwester eine Korrespondenzkarte, auf die die Schwester selbst die Adresse der Eltern und die Adresse des Heimes schreibt. Für die Kleinen besorgt natürlich die Schwester, bzw. bei Geschwistern das ältere Kind die Post und berichtet über die Ankunft im Heim. Bevor das Schreiben beginnt, schärft

die Schwester den Kindern ein, daß sie sich beim Schreiben klar ausdrücken sollen, daß sie, wenn sie etwas nicht wissen, die Schwester um Rat fragen sollen und endlich, daß sie so zu schreiben haben, daß es die Eltern, bzw. Angehörigen auch lesen können. Den Kindern ist es erlaubt, den Eltern alle ihre Beobachtungen und Erlebnisse mitzuteilen. Wenn aber ein Kind unter dem Einfluß des Heimwehs Mitteilungen macht, die die Eltern beunruhigen könnten, dann fügt die Schwester an den Brief des Kindes einige Zeilen an, in welchen sie den Eltern den richtigen Sachverhalt mitteilt. Diese Mitteilungen der Schwester werden gewöhnlich auch von den Eltern sehr dankbar entgegengenommen.

Nach Rückkehr vom Nachmittagsspaziergang wird das reichliche, gut zubereitete Abendessen den Kindern verabfolgt; auch vor dieser Mahlzeit haben sich die Kinder die Hände zu waschen. Nach dem Abendessen werden die Kinder zur Ruhe gebracht, was bei dem lebhaften, kindlichen Temperament nicht so leicht ist; denn die Kinder sind noch lange zum Sprechen und Necken aufgelegt. Da heißt es, die Kinder aufmerksam zu machen, daß jedes Kind im Interesse aller ruhig sein müsse. Wohl versprechen sie es feierlich, aber manchmal verrinnt geraume Zeit, bis alle schlafen. Wenn man sich in die Kinderseele hineindenkt, kann man wohl verstehen, daß das Einschlafen und Schweigen den Kindern schwer fällt. Draußen rauscht das Meer, der Mond schaut in den Schlafsaal; all das beschäftigt die Phantasie des Kindes und hält es noch länger wach. Sind die Kinder nach den ersten Tagen an das zeitige Zubettgehen gewöhnt, so verläuft die Sache meist ganz gut. Geduld, manches Mal recht viel Geduld und wohlwollende Strenge sind notwendig, um die Kinder zur festgesetzten Zeit zur Ruhe zu bringen.

Das wäre das Programm des ersten Tages; ihm folgen die weiteren, meist von schönem Wetter begünstigten Kurtage, die natürlich hauptsächlich dem Spiel, Spaziergang, Bad, Liegekur usw. dienen. Am zweiten Tag des Aufenthaltes im Heim kommt die Kopfreinigung an die Reihe. Erst sind Mädels wie Buben böse, daß man ihre doch „reinen“ Köpfe anschaut, aber gar bald sieht die Schwester, daß dies sogar sehr notwendig ist. Die Schwester kämmt täglich fast alle ihre Kinder selbst, wöchentlich einmal werden alle Köpfe an einem dazu bestimmten Tag auf Ungeziefer kontrolliert, die Käämme und Bürsten gereinigt. In entsprechenden Zeiträumen werden auch partienweise die Köpfe gewaschen.

Fast an jedem Tag der Woche ist etwas Bestimmtes zu tun; sei es nun die schon erwähnte Posterledigung, das Lausen oder das Nägelschneiden an Händen und Füßen. Die Schwester legt sich zu diesem Zweck am besten einen Wochenplan zurecht, den sie auch der Oberschwester in Kopie übergibt, damit diese genau weiß, was die einzelnen Schwestern an den verschiedenen Tagen zu tun haben. Ein Tag in der Woche ist auch für ein warmes Wannen- oder Brausebad bestimmt, das neben den Meerbädern unbedingt notwendig ist. Die Schwester

muß jedes Kind selbst waschen, damit sie die Gewähr hat, daß die Kinder auch wirklich rein sind.

Man kann sich keinen idealeren Badestrand für Kinder denken, als den in Rimini oder Riccione; das Meer ist weit hinein seicht, der Sand ist sehr fein, kurz, es besteht keine Gefahr für die Kinder. Jede Mutter jedoch weiß, was Kindern in ihrem Übermut einfällt. Und was soll einem Kind beim Anblick einer so großen, schönen Wasserfläche nicht in den Kopf kommen? Und gerade deshalb heißt es, überall hin sein Augenmerk lenken, denn nur auf solche Weise kann Unglück vermieden werden. Die Kinder gehen gruppenweise mit einer genügenden Anzahl von Schwestern ins Meer, tummeln sich im Wasser herum, Schwimmer und Schwimmerinnen probieren ihre Künste und nach der entsprechenden Badezeit, die ungefähr mit fünf Minuten beginnt und ungefähr bis zu einer halben Stunde ansteigt, verlassen die Kinder das Wasser, werfen sich in den warmen Sand und machen jetzt hier die Liegekur nach dem Bad. Meist machen sie diese nicht ungern; denn alle wollen braun gebrannt heimkommen, und das kann man in der Zeit nach dem Bad am besten erreichen. Im Frühsommer und Frühherbst dagegen ist es besser, die Badekostüme mit den Kleidern gleich nach dem Bad zu wechseln, da die Sonne nicht so rasch trocknet wie im Hochsommer. Die Kinder liegen nun hier bis ungefähr 20 Minuten vor dem Mittagessen; denn die Abkühlung darf keine plötzliche sein, sondern muß allmählich erfolgen.

Spaziergänge in ausgedehnterer Form kommen hauptsächlich zu kühleren Zeiten in Betracht; ebenso Segel- oder Bootfahrten, welche ungeheure Freude und Begeisterung bei den Kindern auslösen. Während der übrigen Zeit sind die Kinder am Spielplatz, d. h. am Strande; die Knaben spielen Fußball, turnen, proben ihre Kräfte und spielen mit der Gruppenschwester verschiedene Spiele, die sie nach und nach erlernen. Die Mädchen unterhalten sich mehr nach ihrer Art. Größere Mädchen stecken wohl auch etwas, lesen in mitgebrachten Büchern oder lauschen den Geschichten und Märchen, die ihnen die Schwester erzählt. Gerne spielen die Kinder auch Theater, und die „Proben“ zu den Theatervorstellungen zählen sowohl bei Mädchen als auch bei Knaben zu den Lieblingsbeschäftigungen.

Eine wichtige Aufgabe erwächst der Schwester, immer neue Unterhaltungsmöglichkeiten zu ersinnen, Gesellschaftsspiele, Theatervorstellungen zu veranstalten, Reigen aufführen zu lassen usw. Vor der Abfahrt der Kinder werden Abschiedsvorstellungen von den Kindern aufgeführt, die nicht nur den Kindern, sondern auch uns Schwestern große Freude bereiten. Aber nicht nur auf Unterhaltung und Spiele richtet sich unser Augenmerk, sondern auch auf Wiederholungsunterricht in besonderen Stunden wird größtes Gewicht gelegt. An Hand von mitgebrachten Schulbüchern werden in Gruppen Unterrichtsstunden abgehalten, Aufsätze mit illustrierenden Zeichnungen gemacht usw.

Auf diese Weise lernen nicht nur die Kinder Mancherlei, sondern nehmen auch in ihren selbst angelegten Tagebüchern schöne Erinnerungen mit nach Hause.

So vergeht den Kindern die Zeit oft nur zu rasch, und bald stehen sie wieder vor dem Abschied. Auch hier setzt wieder eine erhöhte Tätigkeit von seiten der Schwester ein. Neben dem Einpacken spielt das „Andenkenkaufen“ eine große Rolle. Alle wollen eine liebe Erinnerung selbst mitnehmen, bringen solche auch ihren Angehörigen, und da nimmt das Bestellen bei der Schwester kein Ende. Diese hat bei der Ankunft das Taschengeld den Kindern abgenommen, führt für jedes Kind Buch und sagt dem Kind nun zum Schluß, wie viel Geld noch zum Einkauf von Andenken übrig geblieben ist. Gewöhnlich langen in den letzten Tagen noch Geldsendungen ein zur Freude jedes Kindes. Und alle haben beim Fortfahren in ihrem Rucksack ein oder mehrere Andenken, die sie nach Jahren noch erinnern sollen an die sonnigen Tage am blauen Meer. Beim Einkauf der Andenken nimmt die Schwester gewöhnlich einige größere Schützlinge mit, damit diese selbst hören, wie viel die gekauften Andenken kosten.

Bis jetzt habe ich nur der gesunden Kinder gedacht und die Aufgabe der Schwester außeracht gelassen, die ihr bei den kranken Kindern erwächst. Der Arzt des Heimes erscheint in kurzen Intervallen, um die Kinder einer ärztlichen Visitation zu unterziehen. Er beurteilt den Gesundheitszustand und den Erfolg der Kur. In besonderen Fällen trifft er Anordnungen für eine besondere Diät, für das Baden usw. Die Schwester macht ihn auf die Eigenarten der einzelnen Kinder, wie z. B. auf schlechte Esser, auf die mit Katarrhen behafteten Kinder aufmerksam. Sie stellt auch die erkrankten Kinder dem Arzt vor. Die Kinder werden von der Schwester in den ersten Tagen nach der Ankunft und dann in zwei- bis vierwöchentlichen Intervallen gewogen. Jegliche Abnahme wird dem Arzt gemeldet. Großen Wert legen wir auf die Schlußwägung, die vor dem Abtransport vorgenommen wird. Die Gewichtszunahmen, die beinahe in allen Fällen erzielt werden, werden von den Kindern und Schwestern mit größtem Interesse verfolgt.

Entsprechend der Anzahl der Kinder in einem Heim versorgen ein bis zwei Schwestern den sogenannten Krankendienst. Beinahe täglich liegt ein oder das andere Kind wegen leichtem Unwohlsein, Schmerzen verschiedenster Art usw. Die bettlägerigen Kinder kommen in das Krankenzimmer, werden vom Heimarzt untersucht und behandelt. Die Patienten sind oft allerliebste, aber leicht hat man es auch hier nicht, denn ein krankes Kind will zu gerne seine Angehörigen bei sich haben und nur zu oft beginnt das Heimweh sich zu regen. Fast alle verlassen aber schon nach wenigen Tagen das Bett und freuen sich aufs Neue des Meeres. Aufgabe der Krankenschwester ist es, alle Anordnungen des Arztes genau durchzuführen, für die Diät zu sorgen, solche allenfalls selbst herzustellen, alle nur erdenkliche Pflege den Kindern angedeihen

zu lassen und, wenn es der Zustand der Kinder erlaubt, auch ein wenig für die Unterhaltung derselben zu sorgen.

Neben den liegenden Patienten gibt es stets auch solche, die einer ambulatorischen Behandlung bedürfen. Sie werden von der Krankenschwester dem Arzt vorgestellt und nach seinen Anordnungen gepflegt. Die Gruppenschwestern sehen jeden Tag auf das Genaueste nach, ob Kinder erkrankt sind und bringen die Kinder zu einer bestimmten Stunde zur Behandlung. Bei neuangekommenen Kindern muß die Haut täglich eingefettet werden, damit kein Sonnenbrand entsteht. Es kommt mitunter vor, daß Kinder auch schwerer erkranken. Eine solche schwerere Erkrankung bringt für die Schwester eine besondere Verantwortung, derer sie sich auch immer bewußt sein muß; gilt es doch, das Kind, das fern von den Eltern weilt, gesund denselben wieder zu geben. Nur wer das selbst mitgemacht hat, kann beurteilen, wie nahe der Schwester so ein Krankheitsfall eines Kindes geht. Die Schwester will einerseits die Eltern nicht durch beunruhigende Nachrichten in Sorgen stürzen, anderseits fühlt sie doch die ganze Schwere der Verantwortung auf ihrer Seele lasten. Die Eltern sowie die Zentrale in Wien werden von jeder auftretenden Erkrankung sofort expreß oder telegraphisch benachrichtigt und dann über den weiteren Verlauf fortlaufend unterrichtet. Die Oberschwester des Heimes berichtet der Zentrale in Wien stets fortlaufend über alles, was im Heim vorgeht, und nimmt von der Zentrale die verschiedenen Weisungen entgegen. Auch die einlaufende Post und Postanweisungen gehen durch die Hand der Oberschwester.

Von Vorteil ist es, wenn die Oberschwester wöchentlich mit den Schwestern eine Besprechung abhält, wobei die Wünsche von Seite der Gruppenschwestern gemeldet werden und wobei die Oberschwester ihre Wünsche, Beobachtungen, Änderungen oder Besserungen kundtun kann.

Meist vergehen zwei Monate nur zu rasch und es heißt Abschied nehmen. Es wird uns Schwestern manchmal recht schwer, von den Schützlingen uns zu trennen. Und auch bei den Kindern gibt's reichlich Tränen, wenn der Zug sich in Bewegung setzt und sie hinwegführt von der Stätte, wo sie alle gerne waren und seelige, sonnige Stunden verlebt haben. In diesen Augenblicken vergißt man ganz auf all die Mühen und Plagen, die mit der Sorge um die Kinder verbunden waren, und freut sich, daß sie alle erholt zu ihren Lieben heimkehren können.

Ich wünschte manchen Eltern, sie könnten die Kinder in ihrer Begeisterung sehen, könnten mit ansehen wie alle, die diese große, edle Sache führen, bestrebt sind, das Beste zu tun zum Wohl des köstlichen Schatzes, den es gibt, — des Kindes.

## G) Die Indikationen und Kontraindikationen der Thalassotherapie

Von Dr. GIUSEPPE GELLI,

Chefarzt des Ospizio Marino Provinciale Bolognese „Augusto Murri“ in Rimini

Die natürlichen Heilfaktoren, welche die Basis der Thalassotherapie bilden, zerfallen in drei Gruppen: klimatologische, balneologische und heliotherapeutische.

Um einen bestimmten Heilerfolg zu erzielen, muß der Organismus länger oder kürzer der Beeinflussung von Seiten dieser Faktoren unterworfen sein. Zur Erlangung eines tonischen Erfolges wird ein Monat genügen; die Heilung einer Pottschen Krankheit oder einer Koxitis kann Jahre erfordern.

Die Wirkung der Thalassotherapie ist um so intensiver, je weniger der Organismus an das Seeklima gewöhnt war. Wenn der Erholungsbedürftige ständig im Binnenlande wohnt, werden die Resultate, die man von der Thalassotherapie erlangen kann, ohne Zweifel zu den besten gehören.

Ein Element von allergrößter Wichtigkeit für den Erfolg der Thalassotherapie ist die Wahl des Seebades. Es ist tatsächlich bekannt, daß die verschiedenen Seeplätze, gleich wie sie verschiedene klimatologische Charakteristika haben, auch verschiedene Heilwirkungen besitzen.

Außer den Temperaturgraden, dem Feuchtigkeitsgrad der Atmosphäre, dem Vorherrschen der Winde sind verschiedene andere Faktoren zu beachten, welche von Ort zu Ort variieren, wie z. B. jene, die der atmosphärischen Elektrizität zuzuschreiben sind, die tellurischen Ströme, die Ionisation der Atmosphäre, deren Grad an Radioaktivität, das Vorhandensein folgender Gase: Krypton, Argon, Xenon, Neon, Helium usw., welche selbst, wie die Emanation des Radiums, chemisch unwirksam, wahrscheinlich dennoch fähig sind, eine sehr kräftige Wirkung auf den Organismus auszuüben. Es sind besonders diese letzteren Faktoren, welchen wir unser Studium zuwenden müssen, um der Thalassotherapie eine immer mehr wissenschaftliche Richtung geben zu können.

**Klimatologische Faktoren.** An der See ist die Temperatur gewöhnlich beständiger. Der Sommer ist gewöhnlich kühl, der Winter mild. Der Feuchtigkeitsgrad der Atmosphäre und der Luftdruck sind ziemlich hoch. Sowohl das direkte Licht als auch das von der See reflektierte ist sehr intensiv. Die Seebrisen bewirken in der Tat eine Reinigung der Luft. Bemerkenswert ist auch in der Seeluft der Gehalt an Kochsalz, an Brom und an Jod.

Wie wirkt das Seeklima? Dasselbe wirkt einerseits keimtötend, andererseits tonisch. Zu diesen beiden Eigenschaften muß noch die beruhigende Wirkung hinzugefügt werden, welche vielleicht dem hohen atmosphärischen Drucke, vielleicht auch den Seewinden zuzuschreiben

ist, vorausgesetzt, daß die letzteren leichter Art sind; denn von starken Winden weiß man ja, daß sie im Gegensatze hiezu eine sehr ausgeprägte tonische und erregende Wirkung hervorrufen.

Das Seeklima wirkt stimulierend auf alle organischen Funktionen: Man atmet langsamer und tiefer, es tritt eine Zunahme der roten und weißen Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes ein. Die Ernährung wird befördert, die Hauttranspiration begünstigt und eine Erhöhung der Widerstandskraft macht sich bemerkbar.

Die langsamere und tiefere Atmung wird durch den erhöhten atmosphärischen Druck bedingt, welcher die Einführung einer großen Menge von Sauerstoff in die Lungen bei jedem Atemzug ermöglicht.

Die Zunahme des Hämoglobingehaltes und der roten Blutkörperchen wird der Einwirkung des Lichtes und der Reinheit der Luft zugeschrieben.

Das Seeklima übt übrigens eine sehr nützliche Wirkung auf die Ernährung aus, die dadurch zu erklären ist, daß sie eine intensivere Assimilation der Eiweißstoffe hervorruft, eine bessere Ausnützung der Salze der Nahrung und eine Erhöhung des spezifischen Gewichtes durch Abnahme des Quellwassers und Fettes verursacht.

Balneologische Faktoren. Unter der Wirkung des Seebades versteht man die Wirkung einer starken Kochsalzlösung sowie die mechanische Wirkung, welche die Bewegung der Wellen hervorruft, wodurch dem Organismus eine Art von Massage zuteil wird.

Das Seebad verursacht im allgemeinen beim Hineinsteigen ein Kältegefühl, wodurch die Atmung und die Blutzirkulation angeregt werden. Das Seebad ist mithin ein erregender, tonischer und dynamischer Faktor.

Heliotherapeutische Faktoren. Das sind: Das Sonnenbad, welches in unserem Institut nach der klassischen Methode ROLLERS gehandhabt wird, und das Luftbad.

Das Sonnenlicht wirkt erregend auf alle Elemente des Organismus. Die direkte Sonnenbestrahlung bewirkt:

1. Gesteigerten respiratorischen Stoffwechsel mit größerem Sauerstoffverbrauch und größerer Ausscheidung der Kohlensäure;
2. gesteigerte, lebhaftere Hautzirkulation;
3. Verminderung der Schweißabsonderung, Herabsetzung des arteriellen Blutdruckes, Erhöhung der Pulsfrequenz, Tieferwerden der Atmung und Verlangsamung der Respirationsbewegungen;
4. Hyperfunktion der hämatopoetischen Organe, eine Hyperfunktion, welche sich, was die weiße Serie (ARNETH) anlangt, vor allem bei anämischen Personen auf die neutrophilen Granulozyten und bei Lymphatikern auf die Lymphozyten auswirkt. (Siehe GIUSEPPE GELLI: „La Figura Neutrofila di Arneth nell' Elioterapia e nell' Attinoterapia Artificiale.“ Bull. d. Scienze Med., Bologna, Settembre-Ottobre 1924.)
5. Belebung der Nervenfunktionen.

### Indikationen der Thalassotherapie

Rekonvaleszenz, Entkräftung, Ermüdung. Die Rekonvaleszenz nach Infektionskrankheiten, besonders bei Kindern, wie auch die Entkräftung und Ermüdung, seien sie physisch oder psychisch, ziehen große Vorteile von der Thalassotherapie. Am angezeigtesten sind die Frühlings- und Herbstmonate. Die Dauer des Seeaufenthaltes soll 1 bis 2 Monate betragen.

Anämie, Chlorose, Blutkrankheiten. Die besten Resultate werden im Frühling, Herbst und Winter erzielt. Die Kurdauer soll ungefähr zwei Monate betragen.

Stoffwechselkrankheiten. Das Seeklima bewirkt bei den torpiden Formen (chronische Gicht, Fettleibigkeit) an und für sich schon einen Nutzen. Bei verschiedenen Fällen von Diabetes mellitus hat man eine größere Toleranz der Kohlenhydrate nach einem bestimmten Aufenthalt am Strande wahrgenommen. Die Sommermonate sind am meisten angezeigt. Das Sonnenbad wird so lange als möglich ausgedehnt, das Luftbad fortgesetzt und zuweilen geben auch die Seebäder die allerbesten Resultate. Dauer der Kur unbegrenzt.

Rachitis. Sehr angezeigt ist der Seeaufenthalt zu jeder Saison. Bei leichter Form genügt die Klimatherapie, um heilend zu wirken. Bei schweren Fällen ist die Heliotherapie sozusagen eine Notwendigkeit. In den warmen Monaten leisten schon einige Bäder vorzügliche Dienste.

BERTI pflegte in Italien, schon seit dem Jahre 1889, Rachitiker nach dem Bade der Sonne auszusetzen.

Diesen Ansichten beipflichtend haben kürzlich CRISTAU und MUSSOUS am IV. Internationalen Kongreß über die Thalassotherapie, abgehalten zu Arcachon (La Presse Médicale Nr. 37 bis 38, Mai 1925), konstatiert, daß das Seeklima wirksamer ist, wenn auch Bäder mit konzentriertem Seesalzgehalt verordnet werden. Die Dauer der Kur richtet sich nach dem Effekt.

Lymphatismus. Für lymphatische Individuen ist die Thalassotherapie besonders vorteilhaft. Je länger der Aufenthalt, desto besser die Resultate. Jede Saison ist hiefür günstig.

Adenoide Wucherungen. Diese Kranken ziehen einen großen Nutzen von der Thalassotherapie. Der Frühling, der Sommer und der Herbst sind vorzuziehen. Die Dauer der Kur wird wenigstens zwei Monate betragen müssen.

Dermatitis. Für alle Hautaffektionen, die mit Lymphatismus zusammenhängen, ist die Thalassotherapie sehr indiciert. Die pyogenen Erscheinungen, wie z. B. Furunkulosis, werden von der Heliotherapie günstig beeinflußt. Dasselbe kann von den durch Stoffwechselstörungen herbeigeführten Dermatosen und von vielen Ekzemen gesagt werden. Während das Seebad bei chronischen Formen nützlich ist, muß es bei akuten Formen untersagt werden.

### Tuberkulöse Krankheiten.

a) Tuberkulose der serösen Häute. Die Heliotherapie gibt sehr nützliche Resultate. Alle Jahreszeiten sind angezeigt. In meiner Praxis habe ich konstatiert, daß die exsudative Pleuritis, natürlich nicht in Begleitung von parenchymatösen Lungenerscheinungen, und die exsudative Peritonitis rascher als die plastischen Formen heilen. Für die Kurdauer ist keine Begrenzung.

b) Knochen- und Gelenkstuberkulose. Die Heliotherapie findet hier die größte Anwendung. Die Freiluftbehandlung soll kontinuierlich angewendet werden. An sehr heißen Tagen kann das Seebad jenen, die sich bewegen können, von Nutzen sein. Die Anwendung von lokalen, lauwarmen Bädern und Packungen mit Seewasser erzielt gute Resultate.

c) Drüsentuberkulose. Auch hier bildet die Heliotherapie einen integralen Teil der Kur. Diese hat bis zur Heilung zu dauern.

d) Bronchialdrüsentuberkulose. Für diese Form der Erkrankung soll ein protrahiertes Luftbad am Strande in Anwendung kommen. Das Seebad soll bei leichteren Formen mit Vorsicht verordnet werden. Das Sonnenbad weist ausgezeichnete Resultate auf, vorausgesetzt, daß dasselbe mit vieler Vorsicht in bezug auf Intensität und Progression geleitet wird. Die Kurdauer soll vier bis fünf Monate betragen.

e) Hauttuberkulose. Alle Formen der Hauttuberkulose erzielt einen Nutzen durch die Seekur. Den brilliantesten Erfolg erzielt man bei Skrophuloderma, Tuberculosis verrucosa und schließlich bei Lupus. Die Heliotherapie ist das Fundament der Kur; sie soll allgemein sein, um die Resistenzkräfte zu steigern und die Blutbeschaffenheit zu bessern, und lokal, um auf die Läsion direkt mit antibazillärer und bindegewebbildender Kraft des Sonnenlichtes zu wirken. Individuell verschieden, können auch einige Seebäder vorteilhaft sein. Alle Jahreszeiten sind hierzu geeignet. Je länger die Kur, desto besser die Resultate.

f) Tuberkulöse Erkrankungen der Augen. Die Blepharitis, Conjunctivitis eccematosa und die Keratitis weisen gute Resultate bei einem Seeaufenthalt auf, vornehmlich in den milderer Monaten. Sehr nützlich sind Luft- und Sonnenbäder (Heliotherapie der Augenlider). Die Seebäder sind vor allem bei den schweren Formen auszuschließen.

### Rhinitis.

Dieser krankhafte Zustand erfährt in relativ kurzer Zeit ausgezeichnete Resultate, sowohl von der Heliotherapie als auch von der Balneotherapie.

### Nervenkrankheiten.

Unter den Nervenerkrankungen, welche einen größeren Nutzen von der Thalassotherapie ziehen können, sind besonders jene mit

depressivem Charakter hervorzuheben, besonders wenn eine Verlangsamung des Stoffwechsels vorhanden ist, ferner eine Verzögerung der Nervenleitung, Senkung des Gefühlstonus und Verminderung der Muskelkraft.

#### Frauenkrankheiten.

Von all den Jodsalzbädern, die bei Uterus- und Eierstockerkrankungen anempfohlen werden, sind die Seebäder am wirksamsten, weil außer ihrer eigenen Wirkung noch jene der Luft und der Sonne sich hinzugesellen. Die Entzündungen des Beckenzellgewebes, die Beckenexsudate, die chronische Metritis und Endometritis usw. sind diejenigen Frauenkrankheiten, zu deren Heilung die Patientinnen am häufigsten ins Seebad geschickt werden. Angezeigt sind ein südlicher Strand und die Sommermonate.

#### Kontraindikationen.

Es sind unbedingt vom Meere fernzuhalten:

Alle Lungen- und Kehlkopftuberkulosen, die chronischen Bronchitiden, Fälle von Bronchialasthma, akute Gelenksrheumatismen, Nephritis mit Hautwassersucht, inkompenzierte Herzfehler, chronische Darmkatarrhe, ferner gewisse Nervenranke (Erethiker, Epileptiker, Hysteroepileptiker, progressive Paralytiker usw.), Ohrenleiden mit Perforation des Trommelfelles und schließlich Anämie mit perniziösem Charakter.

### H) Wie das Kinder-Walderholungsheim Chemnitz in Auerswalde an der Erholung der Wiener Kinder arbeitet

Von Fachlehrer PAUL ANKE (Chemnitz)

Die meisten Wiener Kinder haben neben dem herrlichen Wien mit der noch schöneren näheren und ferneren Umgebung teils auf Reisen, teils beim Erholungsaufenthalt so manche reizvolle Landschaften kennengelernt. Und doch entdecken sie bei uns bei unseren Ausgängen so viele Schönheiten, daß sie immer und immer wieder ihre Freude und Bewunderung zum Ausdruck bringen.

Das Heim liegt fern der Großstadt in einem Wald mit reiner, würziger, fast etwas herber Luft. Hoch ragt in der Ferne auf einem Porphyrfelsen die viertürmige Augustusburg empor. Zu Füßen grüßt uns mit seinem roten Dache und dem grünen Turme das Lustschlößlein aus der Rokokozeit Lichtenwalde. Und oft schweifen die glänzenden Kinderaugen bis zum Kamm des Erzgebirges, bis zum Keil- und Fichtelberge. Und welche Reize bergen Wiese, Feld und Wald der näheren Umgebung? Wahrlich, es ist ein Flecklein Erde, das jedem Kinde täglich neue Entdeckerfreuden bereitet.

Am Tor werden die kleinen Pflöglinge von der Frau Oberin empfangen, der eine Ärztin und ein Pädagoge und zehn ausgebildete Kinder-

fräulein zur Seite stehen. Und nun geht es ans Werk. Ich will nicht jede Einzelheit schildern.

Gewissenhaft wird jedes Kind untersucht. Wie sehen oft die Kleinen aus? Da trifft man blutarme, skrofulöse, rachitische, unterernährte Kerlchen, oft mit mangelhafter Muskelentwicklung. Sieht das Kind nach Urteil des Laien gut aus, der Fachmann muß leider Herzstörungen, Drüsenschwellungen u. a. m. feststellen. Oftmals wird der Körperzustand erst ganz verstanden durch die Familiengeschichte. Das Kinderfräulein ist bei der Untersuchung zugegen. Jetzt weiß es, ob die allgemeinen Kurmittel genügen, oder ob noch besondere, wie Höhensonne, Solbad, Eisenzucker, Lebertran u. dgl. hinzutreten müssen.

Bei gewissen Kindern muß Vorsicht walten bei Wanderungen und turnerischen Übungen.

Und nun pflegt das Fräulein seine Gruppen. Bald kennt es die Lebensgeschichte und Vorzüge sowie Fehler der Kinder in körperlicher und seelischer Beziehung. Die Heimleitung weiß: Das  $A$  und  $\Omega$  jeder Kur ist eine reichliche Ernährung. Deshalb rechnen wir pro Kopf täglich 3000 Kalorien Nährwert. Wir berücksichtigen besonders den Eiweiß und Fettgehalt. Zum Trinken bekommt jedes Kind Milch, täglich reichlich  $\frac{1}{2}$  Liter. Ein Obstgarten von 1000 Bäumen und ein großer Gemüsegarten schaffen Grüngemüse und Obst in Hülle und Fülle, so daß auch die modernsten Prinzipien über Nährsalze und Vitamine praktisch ihre Beachtung finden. Das Kinderfräulein aber überwacht, daß das Kind auch genug ißt. Gewiß können gewisse Typen des nervösen Kindes anfangs nicht so gut essen. Aber bald bessert sich das. Auch „verwöhnte, einzige“ Kinder machen zuweilen Schwierigkeiten, vor allem wenn sie zu kleinen Tyrannen der Mutter geworden sind. Für diese ist der Heimaufenthalt besonders gut, erfordert aber auch viel pädagogischen Takt des Kinderfräuleins. Mit Liebe, Gerechtigkeit und Konsequenz haben wir es bisher stets erreicht. Übrigens wirkt auch das Beispiel anderer Kinder Wunder. Und oft habe ich schon Wochen nach der Entlassung von Eltern gehört: „Wie haben Sie es nur fertiggebracht? Früher wollte mein Junge nicht...“ Ich darf gleich erwähnen: Ein großer Vorteil des Heimes in erzieherischer Beziehung besteht darin, daß wir nicht auf einmal mit der ganzen Belegung wechseln. So sind dauernd eingewöhnte Kinder im Heim, die als Schlafsaal- und Tischordner usw. unter Aufsicht des verantwortlichen Kinderfräuleins Miterzieher sind.

Wir haben Kinder aller Stände im Heim. Ob reich, ob arm, ob Selbstzahler oder Freikind, ob gut gekleidet, ob ärmlich: Im Heim braucht ein Kind unsere helfende Hand wie das andere. Das Kinderfräulein macht keinen Unterschied.

Das Fräulein wird auch die Tischsitten überwachen. Das ist auch eine erzieherische Aufgabe des Heimes.

Nicht so beliebt bei Zugängen ist die Liegekur nach Tische, je

nach der Witterung im Walde, auf sonnigen Plätzen oder in der offenen Liegehalle. Gut eingepackt ruht alles, schläft alles. Nur der Neuling

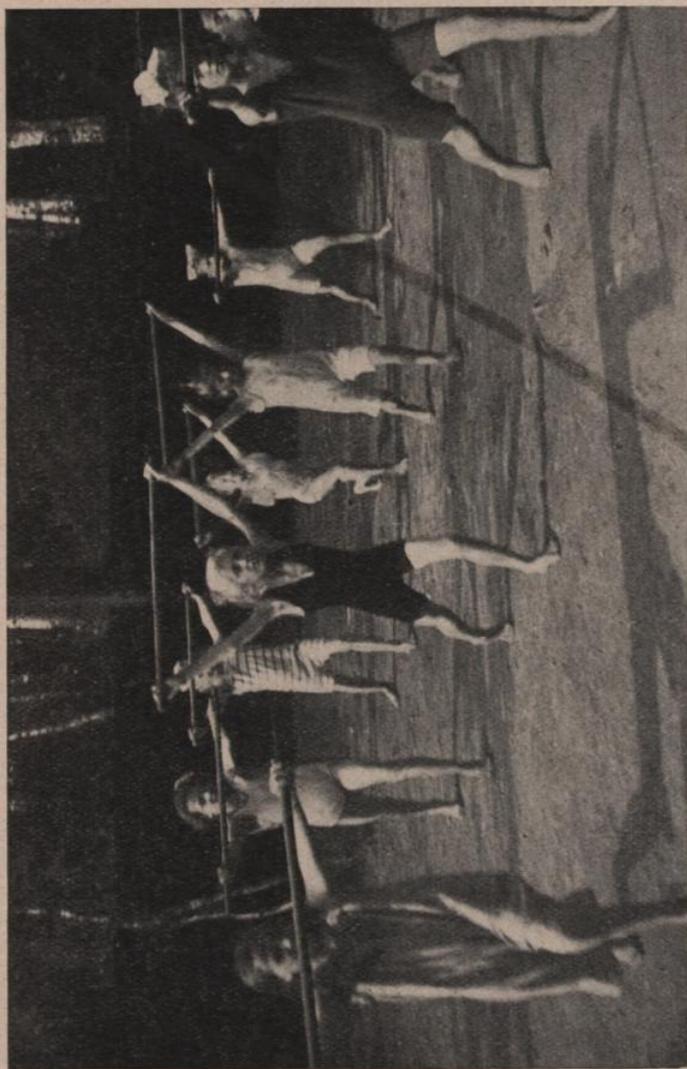


Abb. 13. Kindererholungsheim „Auerswalde“ bei Chemnitz. Turnen im Luftbad

läßt seine Blicke wandern. Und schläft er am ersten Tage nicht, am zweiten oder dritten hat ers gelernt. Bald wird es ein Bedürfnis. Besonders in der ersten Zeit wird die Liegekur und somit das Moment

der Ruhe betont. Je mehr das Kind sich kräftigt, desto mehr tritt ein weiteres Kurprinzip in den Vordergrund: Die Anregung in den verschiedensten Formen:

Das Kind wird an Hautpflege gewöhnt.

Am Morgen und am Abend zieht das Kind das Hemd herunter und wäscht sich Gesicht, Hals, Brust, Arme und Hände. Es spült sich und reibt sich ab. Der Rücken wird trocken abgerieben. Dann wird Mund-, Zahn-, Nagel- und Haarpflege getrieben. Auch hier ist die Gegenwart des Kinderfräuleins unbedingte Notwendigkeit. Überhaupt muß das Fräulein der gesundheitlichen Erziehung viel Zeit widmen. Vor Tisch müssen sich die Kinder die Hände waschen, ebenso wenn sie vom Abort kommen, nach Tisch die Zähne putzen. Mit dem wöchentlichen Reinigungsbad wird das Fräulein gleich eine Gesundheitsdurchsicht verbinden. Jedes Kind muß täglich Stuhl haben. Viel Mühe macht dem Fräulein das Thema: Finger aus dem Mund! und: Kratze dich nicht! Viel Spaß haben die Kinder im Luft- und Sonnenbad. Über die Technik ist das Fräulein vollständig unterrichtet. Es weiß: Das Kind muß nach und nach an die Reize gewöhnt werden. Wie lange das Kind baden kann, ist abhängig vom Wind und der Sonnenbestrahlung und der Eigenart des Kindes.

Solbäder und Höhensonnenkuren werden von der „Schwester“ überwacht.

Und welcher Jubel herrscht auf dem 8000 qm großen Turn- und Spielplatz! Hier werden oft harte Wettspiele ausgefochten. Tauziehen strafft die Muskeln. Und das Kinderfräulein ist Mitkämpfer. Hier werden auch die Atemübungen zur Brustkorbentwicklung täglich zweimal getrieben. Hier tollen die Kinder im fröhlichen Spiel. Da entsteht Hunger! Da pumpen sich die Lungen voll frischer Luft. Wie die Wangen sich röten und die Augen glänzen. Ist das eine Lust! Das ist mehr als körperliche Anregung, das ist schon ein Teil Gemütspflege, gepaart mit einem großen Teil Erziehung. Das eigenwillige Kind muß sich den Spielregeln fügen. Die Parteien wachsen zusammen in der Verfolgung ihrer Spielinteressen. So erziehen sich die Kinder zum Gesellschaftswesen. Da werden die Kanten des rechthaberischen Kindes in wenigen Tagen abgeschliffen.

Als Spielrichter waltet unparteiisch ein Fräulein oder der Lehrer.

Bald sind uns die Grenzen des Heimes zu eng. Der Arzt würde sagen: Wandern zur Anregung. Der Pädagog spricht aber: Wer geht mit nach Schloß Lichtenwalde? Alle jubeln. Leider müssen die Herzkranken usw. zurückgelassen werden. Mit Gesang geht es hinaus. Das Schlöblein mit seinen fast hundert Wasserkünsten im Garten wird bewundert und die überreiche Flora der Zschopau studiert.

Steinbrüche und Sandgruben werden besucht. Mit Taschen voller Steine kehren wir heim. Und nun lassen wir das Landschaftsbild in der Waldschule entstehen und formen es im Sandkasten nach. Wie ist

das mittelsächsische Bergland und das Erzgebirge entstanden? Die Bornaer Sandgruben mit ihren Abdrücken aus der Steinkohlenzeit



Abb. 14. Kinderwälderholungsheim „Auerwalde“ bei Chemnitz. Taufziehen im Luftbad

stellen wieder andere Aufgaben. Der Beutenberg wird als alter Vulkan studiert. Ein Fest und doch eine reiche Ausbeute für die Waldschule bietet uns der Besuch der Ebersdorfer Kirche, der ältesten Kirche

der ganzen Gegend, der nicht vielbesuchten Wallfahrtskirche, die heute noch mit Mauer und Wehrtürmen umrahmt ist. Die reiche gotische Kunst des Flügelaltars von LUKAS CRANACH, die Grafengruft, die Kleider aus dem Prinzenraube, das Steinbild Harras des kühnen Springers, die Krücke, die versteinerte Zitrone, das Goldschiffchen u. a. m. fesseln uns und könnten uns mit ihren Anregungen wochenlang beschäftigen.

Mit den Kleinen wird der Lauf eines Baches verfolgt. Die größeren verfolgen die Talbildung. Ein Eichhörnchen wird beobachtet. Kiefer und Fichte im Freien studiert. An den Teich setzen wir uns. Die Gelbrandkäferlarve überfällt einen Molch. Libellen schlüpfen am Schilf aus ihrer Nymphenhaut. Ein Wasserskorpion hält sein Atemrohr an die Oberfläche. Teichrosen blühen. Wasserpest wuchert. Schnecken ziehen träge dahin. Da wird das Kind zum Fragekasten. Der Lehrer kann nicht genug antworten.

Am Moorstück blühen Augentrost. Im fahlgrünen Torfmoos glänzen die Rosetten des Sonnentaus. Da wird bald das ganze Problem der Ernährung der Pflanze rege. Die Waldschule verarbeitet Gedanken, wie: Die grünen Pflanzen bilden mit ihren Blättern Stärke, Zucker, Eiweiß, Fette. Aus Not wird im Moorstück der Augentrost zum Wurzelschmarotzer, der Sonnentau zum Räuber, denn er frißt Insekten. Der Wald lockt die Kinder zum Pilzesuchen. Und die Wiener Kinder kennen bald die eßbaren, die wertlosen Pilze, aber auch den giftigen Knollenblätterschwamm, den Königsfliegenpilz, den falschen Reitzker.

Was soll ich mehr erzählen aus der unendlichen Fülle?

Durch Wanderungen und Waldschule werden die Kinder bereichert in geschichtlicher, kunstgeschichtlicher, geologischer, erdkundlicher, naturkundlicher Beziehung und die Sinne werden geübt. Doch die Waldschule hat noch andere Ziele. Das Heim soll dem Kinde Gesundheit, Kräftigung bringen. Praktische Gesundheitspflege treibt das Kind. Beim Kleinkind bleibt es zum größten Teil ein Abrichten, ein Gewöhnen, wiewohl ich mit Kleinen, Sechs- bis Neunjährigen, auch schon Themen behandle, wie: „Am Morgen im Schlafsaal“, „Bei der Morgensuppe“, „Im Brausebad“, „Zähneputzen“ und andere einfache Themen.

Das ältere Kind muß in die Ideen eingeführt werden. In einfacher Weise wird behandelt: „Wie hilft das Heim dem unterernährten Kinde?“ „Warum essen wir viel Grüngemüse?“ „Warum essen wir rohes Obst oder rohe geschabte Möhren als Nachtisch?“ „Warum halten wir Liegekur?“ „Von der Brustkorbpflege“, „Vom Werte der Leibesübungen“, „Von der Hautpflege“, „Von der Zahnpflege.“ „Vom Luft- und Sonnenbad.“ „Von unserer Kleidung.“ „Luft ist Nahrung“ usf.

Mit einem seltenen Eifer arbeitet das Kind mit. Erst wenn es von der Wichtigkeit der Körperpflege durchdrungen ist, haben wir einigermaßen Gewähr, daß das Kind nach der Entlassung zu Hause in derselben

Richtung weiterlebt. Es hat hygienisch denken gelernt. So wird es vielleicht zum Pionier der Hygiene im Elternhaus.

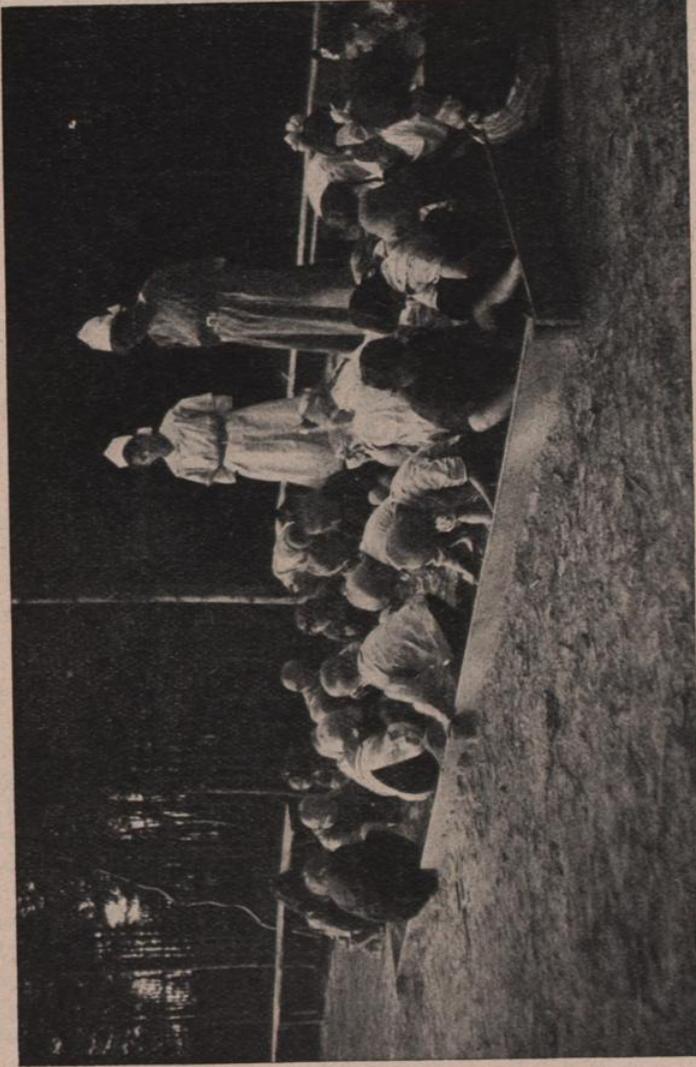


Abb. 15. Kindererholungsheim „Auerswalde“ bei Chemnitz. Spiel im Sande

Lesen, Rechnen und Schreiben werden in den Unterklassen in der Waldschule des Heimes auch betont, in den oberen Klassen treten sie etwas zurück.

Die Waldschule und das Heim aber wären kalt, wollten sie auf einen Gesundungsfaktor verzichten: Die Gemütspflege. Gewiß müssen Lehrer und Kinderfräulein ernst und gewissenhaft alle Forderungen des Arztes erfüllen und auf Ordnung sehen. Aber alles muß mit Fröhlichkeit gepaart sein. „Heiterkeit ist der Himmel, unter dem alles gedeiht.“ Fröhlichkeit beim Spiel, beim Wandern, liebevolles Eingehen auf das Einzelkind, ein Mitfreuen, wenn das Kind einen Brief von zu Hause bekommt. Und ist ein Kind einmal seelisch gedrückt, es muß eine Mutter im Fräulein sehen. Der Lehrer muß auf die kleinen Sorgen eingehen und es ablenken. Und ist der Himmel trübe, daß wir ans Zimmer gebunden sind: Da wird das Klavier aufgeklappt, fröhliche Lieder erklingen, Märchen werden erzählt, Sagen der Heimat werden lebendig und Schwänke erzählt, kleine Feste arrangiert.

Und der Erfolg:

Er drückt sich nicht nur in der Gewichtszunahme aus. Die Muskelspannung ist kräftiger, Arm- und Brustumfang nehmen zu, der Hämoglobingehalt hat sich gehoben, der Hautfettpolster ist gestrafft, kleine Herzstörungen sind oft weggefallen, kurz, der ganze Mensch ist ein anderer. Frisch schreitet er ins Elternhaus hinein. Der Lehrer beobachtet mit Fortschreiten der Gesundung eine wesentliche Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit in der Waldschule. Überraschend sind oft Rechenfortschritte im ersten und zweiten Schuljahr. Das hochmütige Mädchen hat auch im Kind im einfachen Gewand einen prächtigen Gesellen lieben gelernt, daß es sich nur unter Tränen von ihm losreißen kann. Das nervöse Kind hat durch Erziehung zur naturgemäßen Lebensweise nicht nur eine Kräftigung des Körpers und besonders durch Betonen der Ruhe eine Kräftigung der Nerven erfahren, es hat essen gelernt, ist ruhiger geworden u. a. m. Sprachstörungen sind oft weggefallen oder doch gemildert. Das rechthaberische, das ängstliche, das eigensinnige, das einzige Kind, sind, wie ich aus Elternbriefen nicht selten ersehen kann, mehr oder weniger durch die Heimerziehung umgeformt worden. Dem Kind aber, das schon viel Trübes zu Hause erlebt und das wohl auf der Schattenseite des Lebens aufwächst, war der Heimaufenthalt eine Zeit des Glückes, von dem es noch lange zehrt. Es wird auch am dankbarsten bleiben. Allen sind die Sinne geschärft und durch das tägliche Leben im Freien haben sie die Natur kennen und lieben gelernt. Alle sind an Gesundheitspflege gewöhnt. Und Gewöhnung ist ein großer Lehrmeister. Bei den größeren Kindern aber ist das Interesse und das Verständnis für Gesundheitspflege gesteigert worden. Wohl ihnen, wenn sie in unserem Sinne weiter leben!

## Anhang

Es folgen nun einige statistische Daten aus dem Jahre 1924. Es sei besonders auf die große Zahl der Verpflegstage und vor allem auf die außerordentlich hohen Zuschüsse der Krankenkassen im Gesamtbetrag von 364.000.— Schilling (= öst. K 3.640,000.000.—) hingewiesen.

## Betriebsstatistik pro 1924

(für die Zeit vom 1. Januar 1924 bis 31. Dezember 1924)

Gesamtzahl der aufgenommenen und untersuchten Kinder 5432.

Zahl der untergebrachten Kinder in

Österreich . . . . .	1.639
Italien . . . . .	1.512
Deutschland . . . . .	73
Gesamtzahl . . . . .	3.224

Zahl der Verpflegstage in

Österreich . . . . .	92.156
Italien . . . . .	84.211
Deutschland . . . . .	4.430
Gesamtzahl . . . . .	180.797

Durchschnittliche Verpflegsdauer 56 Tage.

Zahl der Heime in	Zahl der Transporte
Österreich . . . . . 19	Österreich . . . . . 37
Italien . . . . . 6	Italien . . . . . 18
Deutschland . . . . . 2	Deutschland . . . . . 2
Summe . . . . . 27	Summe . . . . . 57

Zahl der Heilstätten in Österreich 3.

Summe aller Heime 30.

Einnahmen: Krankenkassenbeiträge . . . . .	K	3.638,987.000.—	
Elternbeiträge . . . . .	„	1.623,297.424.—	
Subventionen, Spenden usw. . . . .	„	118,961.500.—	
Summe . . . . .	K	5.381,245.924.—	
Ausgaben: Verpflegskosten . . . . .	K	3.597,576.100.—	= 70%
Transportkosten . . . . .	„	948,197.400.—	= 18,5%
Regiekosten (s. Anmerkung) . . . . .	„	601,167.835.—	= 11,5%
Summe . . . . .	K	5.146,941.335.—	= 100%

Anmerkung: Trotzdem die Aktion eine sehr vielseitige und ausgedehnte Tätigkeit zu entfalten hatte, betragen die Regiekosten nur 11½% der Gesamtausgaben. Diese Regiekosten verteilen sich auf die Zentralstelle (= 7%) und auf die Heime — Schwestergehalte, Ärztehonorare, Medikamente — (= 4½%). Die Ersparnisse sind hauptsächlich auf die

Vorteile der Zentralisierung, welche im Vorwort erwähnt wurden, zurückzuführen.

In der Zentrale wurde die sehr umfangreiche Korrespondenz erledigt, sie umfaßte im Jahre 1924 zirka 30.000 einlaufende bzw. auslaufende Poststücke sowie zirka 300 auslaufende bzw. einlaufende Telegramme. Unter den Briefen befanden sich 465 Briefe, welche durch einen eigenen italienischen Korrespondenten ins Deutsche bzw. ins Italienische übersetzt werden mußten. Die Korrespondenz betraf hauptsächlich Elternverständigungen, dann Verhandlungen mit den Heimen, mit verschiedenen Fürsorgestellen, Berufsvormundschaften, Jugendämtern, Krankenkassen, weiters Verständigungen wegen der Transporte und die allwöchentlichen Berichte unserer in den Heimen angestellten Schwestern. In der Zentralstelle der Aktion mußte ferner täglich der sehr zeitraubende Parteienverkehr abgewickelt werden und schließlich erfolgte hier auch die Verrechnung mit den Heimen, mit den Krankenkassen, mit den verschiedenen Jugendämtern, Wohltätigkeitsvereinen und mit den Eltern. In der Zentrale sind ein Aktionsarzt, eine Oberschwester, drei Schwestern, ein Bücherrevisor, ein Buchhalter, eine Kassierin und weitere fünf Kanzleiangestellte ständig tätig.

#### Krankenkassenbeiträge im Jahre 1924

Krankenkasse	Anzahl der Kinder			Gesamtzahl	In Prozenten	Verpflegstage	Beitragsleistung in Kronen
	Österreich	Italien	Deutschl.				
Verband .....	876	691	47	1614	54,2	91.076	1.981,915.000
Bezirkskrankenkasse .	171	93	6	270	9	15.548	315,406.000
Bundesangestellten ..	95	146	2	243	8	12.763	284,559.000
Handlungsgehilfen ..	52	138	4	194	6,4	11.333	258,650.000
Bundesbahnen .....	113	91	1	205	6,9	11.184	233,666.000
„Einigkeit“ .....	43	75	2	120	4	6.119	141,474.000
Straßenbahn .....	42	47	2	91	3,1	5.222	113,852.000
Arbeiterkrankenkasse des Gremiums ....	30	35	3	68	2,3	4.125	88,411.000
Städt. Krankenfürs... .	34	34	1	69	2,3	3.985	80,914.000
Gastwirtekrankenk. .	15	42	4	61	2,1	3.458	80,133.000
„Collegialität“ .....	4	12	—	16	0,5	904	21,891.000
Bank- u. Spark.-Beamt.	5	9	—	14	0,5	676	15,460.000
Fleischhauer .....	3	5	—	8	0,3	455	10,417.000
Aspangbahn .....	2	3	—	5	0,2	303	6,714.000
Versicherungsangeh. .	5	1	—	6	0,2	285	5,525.000
Summe der Kranken- kassenkinder .....	1490	1422	72	2984	100	167.436	3.638,987.000
Nichtkrankenkassen- kinder .....	149	90	1	240		13.361	265,819.000
Gesamtsumme .....	1639	1512	73	3224		180.797	3.904,806.000

Krankenkassenkinder 2984, d. s.  $92\frac{1}{2}\%$  der Gesamtsumme (davon entfallen auf den Verband 50%, auf die übrigen Krankenkassen  $42\frac{1}{2}\%$ ).

Nichtkrankenkassenkinder 240, d. s.  $7\frac{1}{2}\%$  der Gesamtsumme.

Tägliche Krankenkassenbeiträge pro Kind:

für österreichische Heime . . . . . K 12.000.— bis K 18.000.—  
für ausländische (italienische, deutsche  
Heime . . . . . K 25.000.— bis K 28.000.—

Einmalige Elternbeiträge pro Kind:

für österreichische Heime . . . . . K 380.000.—  
für ausländische (italienische, deutsche)  
Heime . . . . . K 500.000.—, K 600.000.—  
und K 800.000.—

### Vereinigte österreichische Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder

In der Zeit vom 1. April 1921 bis 30. September 1925 wurden 10.751 Kinder auf Kosten der Krankenkassen in Erholungsheime entsendet. Auf die einzelnen Krankenkassen entfielen:

<p>Verband der Krankenkassen Wiens, Niederösterreichs und des Burgenlandes 5901 Kinder = 54,9%</p>	<p>Krankenversich.-Anst. d. Bundesangestellten 1.216 Kinder = 11,3%</p>	<p>Wiener Bezirkskrankenkasse 1.105 Kinder = 10,3%</p>	<p>Krankenkassen d. österreichischen Bundesbahnen 534 Kinder = 5%</p>	<p>Krankenkasse der Handlungsgehilfen Wiens 423 Kinder = 3,9%</p>
<p>Gemeins. Gehilfen-Krankenk. d. Gastwirte u. Kaffeesied. 162 Kinder = 1,5%</p>	<p>Krankenunterstützungskasse „Collegialität“ 37 Kinder = 0,34%</p>	<p>Krankenkasse der gewerbli. Hilfsarb. d. Gen. d. Fleischh. und Fleischselcher 29 Kinder = 0,26%</p>	<p>Krankenkasse der Versicherungsangestellten 23 Kinder = 0,2%</p>	<p>Krankenkasse der Eisenbahn Wien-Aspang 19 Kinder = 0,2%</p>
<p>5901 Kinder = 54,9%</p>	<p>Krankenfürsorge-Anstalt d. Wiener städt. Ang. u. Bed. 350 Kinder = 3,2%</p>	<p>Krankenkasse „Ehnmigkeit“ 321 Kinder = 3%</p>	<p>Krankenkassen der Bed. u. Arbeiter d. städt. Straßenbahn 290 Kinder = 2,7%</p>	<p>Arbeiterkrankenk. des Gremiums der Wr. Kaufmannsch. 280 Kinder = 2,7%</p>

Beilage 1

Transport Nr. ....

**Vereinigte österreichische  
Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder**  
Zentralstelle: Wien, 18. Bezirk, Glanzinggasse 37

Geeignet für österr. Heim ..... Heilstätte .....  
 „ „ ital. „ .....

**Vormerkung**

über das Kind: .....  
 Adresse des Kindes: .....  
 Geburtsdatum: ..... Religion: ..... ehelich (unehelich)  
 Geburtsort: ..... Land: .....  
 Besucht die Schule im ..... Bezirk, ..... Klasse: .....  
 Zuständigkeitsgemeinde: ..... politischer Bezirk: .....  
 Letzter Aufenthalt des Kindes: .....  
 Name des Vaters: ..... Beruf: ..... Alter: .....  
 Wohnadresse desselben: .....  
 Name der Mutter: ..... Beruf: ..... Alter: .....  
 Wohnadresse derselben: .....  
 Arbeitgeber: .....  
 Krankenkasse: ..... versichert ist: .....  
 Anmeldende Stelle: .....  
 Zahlende Partei: .....  
 Wohnadresse derselben: .....  
 Abgegangen am: ..... nach: .....

Verpflegs- und Regiekosten per Tag im obigen Heim S .....		Kosten für Hinfahrt S .....	
Deckung ob. Kost. dch. tägl. Beitr.	S	Deckung d. Fahrtkost. dch. Beitr.	S
der Krankenk. ....		der Krankenk. ....	
Zahlungserklärung vom ..... Nr. ....		Zahlungserklärung vom ..... Nr. ....	
des Vereines: .....		des Vereines: .....	
Zahlungserklärung vom ..... Nr. ....		Zahlungserklärung vom ..... Nr. ....	
der Aktion: .....		der Aktion: .....	
der Eltern: .....		der Eltern: .....	
Zusammen per Tag . . . . .		Zusammen . . . . .	
Einmalige Beiträge:		Einmaliger Regiebeitrag:	
des Vereines: .....		Deckung dch. Akt.: .....	
des Wjgug: .....		Deckung dch. Eit.: .....	

Wien, am ..... 192 ..... Der Aufnahmebeamte: .....

Zahl der Geschwister: ..... Alter derselben: .....

Wohnverhältnisse: .....

Wohnung besteht aus: ..... Zimmer: ..... Kabinett: ..... Küche: .....

Wohnung liegt im Souterrain, Parterre, ..... Stock.

Kind teilt Schlafräum mit ..... Erwachsenen und ..... Kindern .....

Kind hat ein (kein) eigenes Bett.

Zahl der Bewohner in der Wohnung: .....

### Anamnese

Kinderkrankheiten und frühere Erkrankungen (insbesondere tuberkulöse Erkrankungen): .....

Frühere Spitalspflege (wann und wo im Spital gelegen): .....

Befund: .....

Derzeitige Beschwerden u. Krankheitserscheinungen: Husten, Nachtschweiß, Fieber: bis ..... Grad, Gewichtsabnahme, Gewichtsstillstand, Appetitlosigkeit, .....

Sonstige Beschwerden: .....

Tuberkulöse Erkrankungen der Eltern: .....

Tuberkulöse Erkrankungen der Geschwister: .....

Tuberkulöse Erkrankungen der Hausgenossen: .....

An Tuberkulose gestorben: Vater im Alter von: ..... Mutter im Alter von: .....

Geschwister im Alter von: .....

Letzte Impfung: .....

### Ärztlicher Befund

Vor der Kur am: ..... Arzt: .....

Gewicht: ..... Länge: .....

Sitzhöhe: ..... Brustumfang: .....

Habitus: .....

Ernährungszustand: gut, ..... mittel, ..... schlecht, ..... sehr schlecht.

Hautfarbe ..... gut, ..... blaß, ..... sehr blaß.

Sahli: .....

Fettpolster: ..... vermehrt, ..... norm., ..... vermindert, ..... stark vermindert.

Dicke einer Hautfalte der Bauchwand in mm: .....

Muskulatur: ..... kräftig, ..... mittelkräftig, ..... schwach.

## Organbefund

Am: ..... Arzt: .....

1. Lungenbefund: ..... Pirquet: .....

.....  
.....  
.....  
.....

2. Nicht tuberkulöse Drüsenschwellung: .....

3. Hauttuberkulose: .....

4. Skrofulöse Erscheinungen, insbesondere tuberkulöse Drüsen-  
schwellung: ..........  
.....

5. Knochentuberkulose: .....

.....  
.....

6. Andere tuberkulöse Erkrankungen: .....

.....  
.....

7. Herzbefund: .....

.....  
.....

8. Rachitis und Folgen derselben: .....

.....  
.....

9. Sonstige pathologische Veränderungen: .....

.....  
.....

10. Röntgen-Befund: .....

.....  
.....

11. Anmerkung: .....

.....  
.....

## Hausordnung

für die mit Kindern der Vereinigten österreichischen Krankenkassenhilfe belegten österreichischen Heime und italienischen Seehospize

### Allgemeine Bestimmungen

1. Zur Aufnahme gelangen Kinder beiderlei Geschlechtes im Alter von 5 bis 12 Jahren (Türnitz von 4 bis 12 Jahren, Alland von 7 bis 14 Jahren).

2. Die Kinder bleiben im allgemeinen acht Wochen im Heim, wenn nicht ausdrücklich ein längerer Aufenthalt von der Krankenkassenhilfe bewilligt wird.

3. Die Kinder sind erholungsbedürftig, schwächlich, unterernährt, tuberkulös gefährdet. Tuberkulös kranke Kinder, Kinder mit anderweitigen schwereren Erkrankungen, welche einer Spitals- oder Heilstättenbehandlung, weiters Kinder mit chronischen Leiden (Nervenkrankheiten, Geisteskrankheiten, inkompensierten Herzfehlern usw.), welche einer besonderen Pflege bedürfen, und schließlich infektiöskranke Kinder werden nicht zur Aufnahme geschickt. Sollten aber solche ungeeignete Fälle irrtümlicherweise zugewiesen werden, so hat der Heimarzt sofort diesbezüglich der Leitung der Krankenkassenhilfe zu berichten und weitere Instruktionen zu verlangen.

4. Die Kinder haben außer den Kleidern, die sie auf dem Leib tragen, noch folgende in einem Rucksack verpackte Gegenstände mitzubringen: 3 Hemden, 3 Hosen, 2 Nachthemden, 1 Badeanzug (Badehose), 3 Paar Strümpfe, 2 Paar feste Schuhe, 1 Paar Hausschuhe, 1 Kleid (Anzug), 1 Mantel, 1 Zahnbürste, 1 Kamm, 1 Waschlappen, 2 Handtücher, 1 Trinkbecher. (Die Wäsche muß mit dem ganzen Familiennamen gemerkt sein.) Für jene Heime, in welchen die Kinder Anstaltskleider bekommen, werden spezielle Vorschriften bezüglich der mitzunehmenden Gegenstände gegeben.

5. Für jedes Kind ist eine Abschrift des Vormerkbogens dem Transportleiter mitzugeben; dieser hat sämtliche Vormerkbogen der Leitung zu übergeben. Aus denselben sind die wichtigsten Personaldaten, die Anamnese und der ärztliche Befund zu entnehmen.

6. Die Heimleitung, der Heimarzt und die Aufsichtsschwester tragen von dem Tage an, wo ihnen die Kinder übergeben wurden, die volle Verantwortung für das geistige und körperliche Wohlergehen derselben. Die Heimleitung hat daher für eine für erholungsbedürftige Kinder entsprechende gute und ausreichende Verpflegung, für eine hygienische Unterbringung, für die nötige Überwachung und Beschäftigung der Kinder zu sorgen.

### Verpflegung

1. Die Kost soll a) qualitativ und kalorisch genügend, b) gut zubereitet, c) abwechslungsreich sein. Wenn ein Kind eine Speise absolut ablehnt, soll dieses Kind nicht gezwungen werden, sondern es soll eine andere Speise erhalten.

2. Die Art der Verpflegung für alle erkrankten Kinder hat der Arzt festzustellen. Auch für schlecht essende Kinder oder für besonders empfindliche Kinder soll eine besondere Diät nach Angaben des Arztes verabfolgt werden.

3. Für eine einwandfreie Trinkwasserversorgung hat die Leitung die Verantwortung. Wasserentnahmestellen, die kein Trinkwasser liefern, dürfen den Kindern nicht zugänglich sein.

4. Auch die Instandhaltung der Wasch- und Badegelegenheiten, wie der Aborte, ist Sache der Anstaltsleitung. Von ihrem Zustand haben sich die Schwestern ständig zu überzeugen.

#### 5. Speisezettel:

- a) Frühstück: Ein großes Glas Milch oder Milchkakao oder weißer Malzkaffee mit Weißbrot und Marmelade.
- b) Gabelfrühstück: (10 Uhr) Ein Butterbrot oder Fettbrot oder ein Glas Milch mit Brot.
- c) Mittagessen: Fünfmal wöchentlich Fleisch. An den Fleischtagen: Eine Suppe mit Einlage, ein genügend großes Stück Fleisch mit gut zubereitetem Gemüse. An den fleischlosen Tagen: Eine Suppe mit Einlage, ein Gemüsegericht (Hülsenfrüchte), eine genügend große Portion Mehlspeise mit Kompott. Brot zum Mittagessen nach Belieben.
- d) Jause: Ein Glas Milch oder Milchkakao oder weißer Malzkaffee und ein Stück Butter- oder Marmeladebrot (Weißbrot).
- e) Abendessen: Milchspeise oder Mehlspeise mit Kompott, oder Wurst und Käse mit Brot, oder ein Ei mit Butterbrot. Womöglich Obst nach dem Mittag- oder Abendessen.

Die verabreichte Kost muß pro Kind den Wert von mindestens 2500 Kalorien besitzen.

5. Die Heimleitung muß für eine hygienische Aufbewahrung der Lebensmittel und für eine reinliche Manipulation in der Küche Sorge tragen. Den Kindern ist das Essen in reinen Geschirren in appetitlicher Form zu servieren.

6. Die Kinder haben sich vor dem Mittag- und Abendessen die Hände zu waschen und nach diesen beiden Mahlzeiten die Zähne zu putzen. Außerdem sind die Kinder anzuhalten, daß sie sich nach dem Aufstehen die Zähne putzen.

7. Die Schwestern haben in demselben Speisezimmer wie die Kinder zu essen und dieselbe Kost zu erhalten (natürlich entsprechend größere Portionen).

8. Kinder, die nicht selbständig essen können, sind von den Schwestern zu füttern, schlecht essende Kinder müssen von den Schwestern zum Essen angehalten werden. Eventuelle Wünsche der Schwestern betreffs Änderung der Verpflegung, Verabreichung anderer Gerichte usw. sind von der Heimleitung zu berücksichtigen.

9. Den Kindern ist zu verbieten, außerhalb der Mahlzeiten Süßigkeiten, Obst, Gefrorenes (speziell in Italien) zu essen. Die von den Eltern geschickten Lebensmittel sind auf die Genußfähigkeit zu prüfen und dürfen nur mit Erlaubnis der Gruppenschwestern genossen werden. Ebenso hat die Schwester den Einkauf von Lebensmitteln durch die Kinder zu überwachen.

### Unterbringung der Kinder

1. Knaben und Mädchen sind getrennt in separaten Schlafräumen unterzubringen, ebenso haben sie an separaten Tischen getrennt voneinander zu essen. Die beiden Geschlechter sind, soweit es die Heimverhältnisse

erlauben, auch während des Tages möglichst getrennt zu halten. Dabei muß aber den Geschwistern verschiedenen Geschlechtes täglich die Möglichkeit gegeben werden, zusammenzukommen. Für Knaben und Mädchen sind getrennte Aborte einzurichten.

2. Jedes Kind muß ein eigenes Bett haben. Die Schlafsäle, insbesondere die Betten, sind stets rein zu halten. Die Schlafräume sind täglich nach Verlassen der Kinder auszukehren und genügend zu lüften. Von Zeit zu Zeit ist eine gründliche Reinigung derselben vorzunehmen. Die Bettwäsche ist wöchentlich einmal oder wenigstens alle 14 Tage zu wechseln. Auf Ungezieferfreiheit ist strengstens zu achten.

3. Auch alle anderen Räume sind peinlich rein zu halten, insbesondere die Tagräume, Waschräume, Klosette usw. Die Klosette sollen womöglich Wasserspülung haben. Zu Reinigungsarbeiten dürfen die Kinder nicht herangezogen werden.

4. Zweimal in der Woche sind die Kinder in einem warmen Seifenbad gründlich zu reinigen. Hiezu sind eigene Baderäume mit der nötigen Einrichtung oder wenigstens verzinnte, eventuell transportable Wannen, welche in ein geheiztes Zimmer gebracht werden können, nötig. Auch warme Brausebäder sind einwandfrei.

#### Beaufsichtigung, Beschäftigung und Pflege der Kinder

1. Die Kinder dürfen nie unbeaufsichtigt sein. Sie dürfen nur mit Erlaubnis und in Begleitung von Aufsichtspersonen das Heim verlassen.

2. Die Schwestern haben entweder in den Schlafsälen selbst oder in einem anstoßenden Zimmer zu schlafen. Bei einer größeren Gruppe von Kindern hat eine Schwester Nachtwache zu halten.

3. Über je 25 bis 30 Kinder hat eine Schwester (Gruppenleiterin) die ständige Aufsicht zu führen. Diese Schwester ist für die Kinder ihrer Gruppe verantwortlich. Ihre Pflichten sind folgende: Sie hat die Kinder ihrer Gruppe in der Früh zu wecken, hat beim Waschen der Kinder anwesend zu sein, hat die kleinen Kinder selbst zu waschen und darauf zu achten, daß die Kinder sich kämmen und die Zähne putzen. Die kleineren Kinder und die Mädchen mit langen Haaren müssen von der Gruppenschwester täglich gekämmt und auf Ungeziefer untersucht werden. Die Gruppenleiterin hat weiters bei sämtlichen Mahlzeiten anwesend zu sein, die Kleinkinder zu füttern, die schlechten Esser zum Essen anzuhalten. Sie hat mit den Kindern entsprechend der Tageseinteilung spazieren zu gehen, zu spielen; wo keine Lehrkräfte angestellt sind, täglich ein bis zwei Stunden einen Wiederholungsunterricht abzuhalten und stets dafür zu sorgen, daß die Kinder nicht unbeschäftigt sind. Auch beim Schlafengehen hat die Schwester bei den Kindern ihrer Gruppe auf Ordnung zu sehen. Eine weitere besondere Pflicht der Schwester liegt darin, daß sie die Kinder nach Ankunft im Heim anhält, ihren Eltern das Eintreffen zu melden und mindestens einmal wöchentlich die Kinder zum Schreiben an das Elternhaus zu veranlassen. Für die Kinder, die des Schreibens unkundig sind, hat sie mindestens einmal wöchentlich den Eltern von dem Befinden ihrer Kinder zu berichten und nach Ankunft im Heim sofort das Eintreffen derselben den Eltern bekanntzugeben. Weiters hat die Schwester bei Erkrankungsfällen sofort sowohl die Zentralstelle in Wien, als auch die Eltern zu ver-

ständigen und fortlaufende Berichte über den weiteren Verlauf zu senden. Es ist selbstverständlich, daß die Schwester jedes Kind, das ihr krank zu sein scheint, dem Heimarzt sogleich zur Untersuchung vorstellt und wenn der Heimarzt keine Transferierung auf eine Isolier- oder Krankenabteilung anordnet, die angeordnete Behandlung durchzuführen (Temperaturmessung, Kontrolle der Stuhlentleerungen, auch bei gesunden Kindern!).

4. Die Kinder haben mindestens einmal wöchentlich frische Wäsche anzuziehen. Es ist daher Pflicht der Heimleitung, für die Reinigung der Wäsche zu sorgen, und Pflicht der Schwestern, darauf zu achten, daß die Kinder die Wäsche wechseln.

5. Ein besonderes Augenmerk haben die Aufsichtspersonen darauf zu richten, daß die Kinder nicht verlausen. Es muß daher täglich jede Schwester bei ihrer Gruppe eine genaue Visitation der behaarten Kopfhaut, besonders bei den Mädchen mit langem Haar, der Kleider und Wäsche vornehmen. Verlauste Kinder sind sofort warm zu baden, der behaarte Kopf ist mit Sabadillspiritus oder Sabadillessig zu behandeln, der Kopf einzubinden; nach 24 Stunden müssen die Haare sorgfältig mit einem Staubkamm ausgekämmt werden. Die oft schwer zu entfernenden Nisse sind am besten mit verdünntem Essigwasser durch fleißiges Kämmen zu beseitigen. Ein gut bewährtes Mittel ist „Cuprex“, welches bereits in allen Heimen Verwendung findet und von der Zentralstelle meist den Transporten mitgegeben wird. Sollte Petroleum verwendet werden, ist dasselbe unbedingt zur Hälfte mit Öl zu mischen. Auftretende Ekzeme, Skabies usw. sind vom Arzt behandeln zu lassen. Bei Kleiderläusen ist die Wäsche zu desinfizieren und den Kindern frische Wäsche anzuziehen.

Zur Vorbeugung einer Verlausung ist es nötig, daß sich die Kinder täglich kämmen, bzw. von der Gruppenschwester gekämmt werden.

6. Die Interessen der Kinder sind von der Gruppenleiterin gegenüber der Heimleitung stets zu wahren. Fühlt sich ein Kind nicht wohl im Heim, hat die Schwester durch liebevolle Zusprache das Kind zu beruhigen, um das so oft auftretende Heimweh zu mildern. Jene Schwester ist die tüchtigste und für die Beaufsichtigung der Kinder die geeignetste, welche es versteht, die Kinder zu unterhalten, zu beschäftigen, abzulenken, die ängstlichen, verwöhnten Kinder an sich heranzuziehen, ihr Vertrauen zu gewinnen, den übermütigen und schlimmen Kindern den nötigen Respekt einzufloßen und allen Kindern die Mutter, soweit als möglich, zu ersetzen. Es erfordert eine spezielle Begabung, Disziplin zu halten, ohne die Kinder zu ängstigen und mit harten Strafen zu quälen und bei auftretenden Streitigkeiten zwischen den Kindern diese in vernünftiger und wohlwollender Weise zu schlichten. Prügelstrafen oder sonstige körperliche Strafen, wie Nahrungsentziehung, Knieenlassen usw. sind strenge verboten.

7. Die Schwestern haben über die mitgebrachten Gegenstände der Kinder ein Verzeichnis anzulegen und dafür Sorge zu tragen, daß den Kindern nichts abhanden kommt. Das Geld, das die Kinder von den Eltern mitbekommen oder das ihnen nachgeschickt wird, hat die Schwester den Kindern abzunehmen und davon das Briefporto zu begleichen und die kleinen Einkäufe, die die Kinder wünschen, soweit sie möglich und vernünftig sind, mit diesem Geld zu besorgen. Für jedes Kind ist über das übernommene Geld eine genaue Abrechnung zu führen und bei der Rückkehr des Kindes demselben der eventuelle Restbetrag zurückzugeben.

8. Die Schwester hat die Wägungen, die bei der Aufnahme und Entlassung der Kinder sowie in der Zwischenzeit in 14tägigen Intervallen durchzuführen sind, selbst durchzuführen oder wenigstens bei denselben zugegen zu sein. Die Gewichtszahlen sollen in einer allen Kindern zugänglichen Tabelle vermerkt werden.

9. Die Schwestern haben dieselbe Kost wie die Kinder zu essen und sich in keiner Weise in ihrer Pflichterfüllung von irgend einer Seite beeinflussen zu lassen.

10. Die unmittelbare Vorgesetzte der Gruppenleiterinnen ist die von der Zentrale der Krankenkassenhilfe als Oberschwester bestimmte Schwester.

11. Die Pflichten der Oberschwester, sofern sie nicht selbst eine Gruppe innehat und als solche überdies die Pflichten der Gruppenleiterin zu erfüllen hat, sind folgende: a) Der Zentrale der Krankenkassenhilfe wöchentlich einmal über die Vorkommnisse im Heim zu berichten und die an sie ergehenden Weisungen der Zentrale durchzuführen, bzw. durchführen zu lassen. b) Die Gruppenleiterinnen in ihrer Diensterfüllung zu überwachen, die Diensterteilung zu treffen und den Ausgang der Schwestern nach Maßgabe des Dienstes zu regeln. Jede Schwester hat wöchentlich Anspruch auf mindestens einen freien Nachmittag; nach Tunlichkeit kann auch die Oberschwester im Einvernehmen mit dem Heimarzt einen ganzen Tag freigeben. Bei Erkrankungsfällen von Schwestern hat die Oberschwester die Zentrale in Wien und die Angehörigen der Schwester fortlaufend von dem Befinden derselben zu verständigen und für ärztliche Behandlung zu sorgen. c) Die Oberschwester hat täglich die einzelnen Gruppen zu inspizieren, ob die Kinder rein gehalten sind, ob keine Erkrankungsfälle aufgetreten sind, ob die Beschäftigung mit den Kindern entsprechend dem Programm durchgeführt wird und schließlich, ob die Ordnung und Disziplin innerhalb der Kindergruppe gewahrt bleibt, dabei aber die Kinder zufrieden sind und sich wohl fühlen. d) Die Oberschwester hat sich täglich von der Güte der Kost zu überzeugen und darauf zu achten, daß alle Kinder genügend zu essen bekommen. Sie ist in erster Linie dazu berufen, in der Küche Vorstellungen wegen der Qualität und Quantität der Kost zu machen und für einzelne Kinder, welche gewisse Speisen absolut ablehnen, separate Gerichte zu bestellen.

12. Zur Aufrechterhaltung der Disziplin im Heim ist vor allem eine geregelte Tageseinteilung nötig, so daß die Kinder immer beaufsichtigt und beschäftigt sind. Eine Schwester, welche die Kinder zu beschäftigen weiß und aus wahrer Liebe zu den Kindern die kleinen oder größeren Vergehen derselben in vernünftiger Weise beurteilt, wird sich das Vertrauen der Kinder und die nötige Autorität verschaffen können und auch stets erhalten. Einer solchen Schwester werden die Kinder gerne folgen. Sie wird es kaum nötig haben, sie jemals zu strafen. Wenn Strafen in Ausnahmefällen nötig sind, so dürfen diese vor allem niemals im Entzug des Essens, in körperlicher Züchtigung und sonstigen Mißhandlungen bestehen. Erlaubte Strafen, abgesehen von öffentlich erteilten Rügen, sind: 1. Ausschluß von einem gemeinsamen Spaziergang; das Kind muß aber an einem solchen Straftag trotzdem im Garten oder am Strand beim Haus an die frische Luft kommen. 2. Transferierung in eine andere Gruppe oder in einen anderen Schlafsaal. 3. Bei wiederholter Widersetzlichkeit Meldung an die Eltern und an die Zentrale der Aktion.

13. Nur für die am Meere oder an den Seen gelegenen Heime: Über die Zulassung der Kinder zu den Meer- oder Luftbädern entscheidet nur der Arzt. Ebenso bestimmt der Arzt die Dauer des einzelnen Bades und verfügt, an welchen Tagen die Bäder wegen schlechter Witterung zu unterbleiben haben. Die Aufsicht über die badenden Kinder muß die denkbar gewissenhafteste sein. Die Knaben und Mädchen müssen getrennt baden. Wenn nur ein Teil der Kinder badet, ist es zweckmäßig, daß die Schwestern der anderen Gruppen oder sonstige vom Heim zur Verfügung gestellte Personen den Gruppenleiterinnen der gerade badenden Gruppen bei der Beaufsichtigung helfen.

14. Nur für die italienischen Heime: Die Schwester hat darauf hinzuwirken, daß die Kinder die italienischen Aufsichtspersonen oder die italienischen Kinder nicht aus Unverstand verspotten oder sonstige nationale Streitigkeiten beginnen.

15. Den Kindern, welche den Gottesdienst am Sonntag besuchen wollen, muß dies möglich gemacht werden. Wenn Kinder, welche auch zuhause weder von den Eltern noch von der Schule zum sonntägigen Kirchenbesuch angehalten werden, im Heim sich weigern, zur Messe zu gehen, so ist diesen Kindern kein Zwang anzutun.

#### Richtschnur für die Tageseinteilung

$\frac{1}{2}$  8 Uhr Aufstehen und Waschen. 8 Uhr Frühstück, von  $\frac{1}{2}$  9 bis 10 Uhr Unterricht, Vorlesen, Spielen im Haus usw., 10 Uhr Gabelfrühstück, von  $\frac{1}{4}$  11 bis  $\frac{3}{4}$  12 Uhr Spazierengehen im Freien, im Winter Rodeln, Bewegungsspiele im Freien usw. Von  $\frac{3}{4}$  12 bis 12 Uhr Händewaschen. 12 Uhr Mittagessen. Von 1 bis  $\frac{1}{2}$  3 Uhr Liegestunde mit Vorlesen,  $\frac{1}{2}$  3 bis 4 Uhr Spaziergänge, 4 Uhr Jause,  $\frac{1}{2}$  5 bis 6 Uhr Unterricht in Handfertigkeiten, Zeichnen, Modellieren mit Plastellin usw., Gesang, Vorlesen, Gesellschaftsspiele usw. 6 oder  $\frac{1}{2}$  7 Uhr Abendessen, 7 Uhr Waschen und Schlafengehen (im Sommer 8 Uhr).

Täglich haben die Kinder ein bis höchstens zwei Stunden, womöglich im Freien, zu liegen. Die Liegestunden sind nicht zu lange auszudehnen und jedenfalls nach dem Essen anzusetzen. Es ist ferner strenge darauf zu achten, daß die Kinder auch genügend Bewegung machen. Bei lebhaften Kindern mit Gewichtsabnahmen ist die Kost reichlicher und nahrhafter zu gestalten (Milch vor dem Schlafengehen). In der zweiten Hälfte des Kuraufenthaltes sollen mit den Kindern drei bis vier größere Ausflüge unternommen werden. Die kleineren, schwächlichen Kinder sind zurückzulassen.

#### Ärztlicher Dienst

1. In jenen Heimen, in welchen von der Aktion ein österreichischer Arzt angestellt ist, ist dieser der Vorgesetzte der Aktionsschwestern. Er hat im Verein mit der Oberschwester die Diensterteilung der übrigen Schwestern zu bestimmen und entwirft täglich mit der Oberschwester ein Programm, nach welchem die Beschäftigungen der einzelnen Kindergruppen stattzufinden haben.

2. Nach Eintreffen der Kinder im Heim und nach Reinigung derselben (Seifenbad, frische Wäsche anlegen usw.) hat der Heimarzt jedes Kind einer genauen Visitation zu unterziehen. Er bezeichnet der Gruppenschwester

jene Kinder, welche eine besondere Pflege und Aufsicht benötigen. In den Seehospizen sind sogleich bei der ersten Untersuchung jene Kinder bekanntzugeben, welche nicht oder nur in beschränktem Maße im Meer baden dürfen.

3. Der Heimarzt hat womöglich verschiedene Körpermessungen bei den Kindern bei der Aufnahme und bei Beendigung der Kur anzustellen. Die näheren Weisungen hiezu erhält er von dem Leiter der Aktion.

4. Täglich hat der Heimarzt sämtliche Kinder zu visitieren, die kranken Kinder zu behandeln, zu bestimmen, welche Kinder im Bett zu bleiben haben und welche Kinder das Haus nicht verlassen dürfen. Die Diät ist vom Heimarzt selbst vorzuschreiben.

5. Wenn der Heimarzt täglich bei den sämtlichen Kindern Visite macht, die einzelnen Gruppenschwestern dazu verhält, daß sie jedem Kind ihrer Gruppe in der Früh in den Hals schaut, die Körpertemperatur mißt und beim Waschen der Kinder auf eventuelle Ausschläge achtet, wird es leicht sein, frühzeitig infektiöse Kinder zu isolieren und eine weitere Ausbreitung von Kinderkrankheiten usw. zu verhüten. Es ist selbstverständlich, daß der Arzt dafür verantwortlich ist, daß das Heim über ein Isolierzimmer verfügt, daß dasselbe entsprechend eingerichtet ist und zu keinem anderen Zweck benützt wird. Er ist auch verantwortlich dafür, daß die geeigneten Desinfektionsmaßnahmen nach den bestehenden Bestimmungen durchgeführt werden. In jedem Heim ist eine genügende Menge von Desinfektionsmitteln stets vorrätig zu halten.

6. Es ist Sache des Arztes, daß er dafür Sorge trägt, daß in jedem Kinderheim stets peinlichste Reinlichkeit und die notwendige Hygiene vorhanden ist. Er hat sich daher selbst fallweise zu überzeugen, ob die Schlafsäle, die Speisezimmer, die Küche, die Vorratsräume, die Aborte, die Waschräume, das Isolierzimmer in einem Zustand gehalten werden, wie man es von einem Kinderheim zu verlangen hat; weiters hat er auch zeitweise selbst die Kinder auf Reinlichkeit zu visitieren und die Schwestern zu kontrollieren, ob sie innerhalb ihrer Gruppe die erforderliche Hygiene aufrecht erhalten.

7. In jenen Heimen, in welchen ein österreichischer Arzt von der Aktion angestellt ist, hat dieser an Stelle der Oberschwester die Korrespondenz mit der Zentrale zu führen, die von der Zentrale ergangenen Weisungen bezüglich Transport, Verpflegung, Beaufsichtigung, Hygiene usw. durchzuführen, bzw. bei der Heimleitung durchzusetzen. Der Heimarzt ist in erster Linie der Leitung der „Vereinigten österreichischen Krankenkassenhilfe“ für den Betrieb im Heim und für das Wohlergehen der Kinder verantwortlich.

8. Der Heimarzt hat pro Woche Anspruch auf zwei freie Nachmittage, die nach Maßgabe des Dienstes zu wählen sind.

#### Vorbereitungen für die Rückfahrt eines Transportes

1. Die Oberschwester der österreichischen Gruppe hat den Transport der nach Wien rückreisenden Kinder samt Begleitpersonen bei der zuständigen Eisenbahnbehörde anzumelden, die Waggons, bzw. die nötigen Plätze zu bestellen und dafür Sorge zu tragen, daß den Kindern vom Heim genügend Reiseproviant mitgegeben werde. Vor der Abreise sind die Kinder einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen, wobei die eventuell erkrankten

transportunfähigen Kinder vom Abtransport zurückzustellen sind. Hievon ist den Eltern und der Zentralstelle sofort Mitteilung zu machen, und zwar telegraphisch, wenn zu erwarten ist, daß eine briefliche Meldung vor der voraussichtlichen Ankunft in Wien nicht sicher eintreffen kann. Vor der Abreise sind die Kinder gründlich zu reinigen (Achtung auf Ungeziefer, Kopfwaschen, Nägelschneiden, die Wäsche ist zu wechseln und die übrige Wäsche, welche das Kind im Rucksack mitnimmt, ist unbedingt in gereinigtem Zustand einzupacken). Außerdem ist das ganze Gepäck einer genauen Kontrolle zu unterziehen, ob nicht mitgebrachte Gegenstände fehlen; zerrissene Kleider und Wäschestücke sind zu flicken. Erfahrungsgemäß macht es auf die Eltern einen überaus schlechten Eindruck, wenn die Kinder mit zerrissener oder schmutziger Wäsche zurückkehren.

2. Die Oberschwester hat bei länger dauernden Transporten dem Transportleiter des Rücktransportes einen Wasserbehälter sowie einen Sanitätskoffer mit Medikamenten und Verbandzeug gegen Empfangsbestätigung mitzugeben.

3. Die Oberschwester hat sich zu vergewissern, daß der Transportleiter eines Auslandstransportes die Abfahrt des Transportes durch ein dringendes Telegramm der Zentralstelle in Wien bekanntgibt. Sie hat dem Transportleiter eines Rücktransportes aus Italien die Paßliste der Kinder, die Retourfahrkarte bis Tarvis samt der zugehörigen Namensliste der Kinder und Begleiter sowie der beiden Namenslisten mit der Bestätigung der Infektionsfreiheit vor der Abfahrt zu übergeben.

4. Die Aktion ist für alle während des Aufenthaltes der Kinder in den Heimen sowie während der Transporte sich ereignenden Unglücksfälle der Kinder und Aufsichtspersonen sowie für Sachbeschädigungen gegen Haftpflicht bei der ersten Allgemeinen Unfall- und Schadens-Versicherungsgesellschaft in Wien, I., Bauernmarkt 3, Brandstätte 7, versichert. Es sind daher alle sich ereignenden Unglücksfälle (Personenschäden und Sachbeschädigung) sofort der Zentralstelle der Krankenkassenhilfe in Wien sowohl telegraphisch als auch ausführlich schriftlich anzuzeigen, damit die Zentrale die nötigen Schritte bei der Versicherungsgesellschaft einleiten kann.

5. Bei Erkrankungsfällen sowie bei Verletzungen während des Transportes haben die Schwestern den mitfahrenden Arzt sofort, auch bei Nacht, zu verständigen. Dieser hat die erste Hilfe zu leisten, dafür Sorge zu tragen, daß das erkrankte Kind im Waggon bequem gelagert wird, und hat bei der Ankunft in Wien den Eltern am Bahnhof über die Erkrankung bzw. die Verletzung Bericht zu erstatten. Es wird empfohlen, die Eltern am Bahnhof anzuweisen, mit dem erkrankten Kinde, falls das Kind nicht bettlägerig ist, zur Untersuchung und weiteren Behandlung in die Zentralstelle zu kommen. Von allen Erkrankungen, welche sich auf dem Transport ereignet haben, hat der Transportleiter die Zentrale sofort nach Ankunft in Wien in Kenntnis zu setzen.

6. Bezüglich der sonstigen Obliegenheiten des Transportleiters und der Begleitpersonen verweisen wir auf unsere Instruktionen bezüglich des Hin- und des Rücktransportes. In denselben sind speziell auch die Formalitäten bezüglich Fahrpreisermäßigung, Paßkontrolle sowie die allgemeinen Instruktionen für die Durchführung der Transporte genau auseinandergesetzt.



Ich hatte meinen 13jährigen, sehr mageren Jungen durch zwei Monate in Riccione und er hat sich in jeder Beziehung wunderbar erholt.

Ich habe es gleich bei der Ankunft bemerkt, war aber doch freudig überrascht, als ich bei der Nachuntersuchung erfahren habe, daß er um 5 Kilo zugenommen hat.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch der Krankenkasse der Handlungsgelhilfen Wiens danken, daß sie es mir durch den geleisteten Beitrag möglich gemacht hat, meinem Kinde diese so notwendige Erholung schaffen zu können.

Nach Aussage der Kinder ist es ihnen sehr gut gegangen und der Erfolg ist bei allen mit sehr wenigen Ausnahmen ein so starker, daß wir Mütter es nur mit Freude begrüßen würden, wenn diese Aktion weiter fortgesetzt werden könnte.

Weiters möchte ich dem Pflegepersonal, insbesondere der Schwester Martha (leider weiß ich den Familiennamen nicht), die es verstanden hat, sich die Herzen der Kinder zu erobern, danken.

Ich spreche mit diesem Brief gewiß im Namen vieler Mütter und wenn auch nicht alle schriftlich danken, so konnte man aus verschiedenen Bemerkungen die vollste Befriedigung der meisten heraushören.

Mit aufrichtigem Dankgefühl zeichne ich

hochachtungsvoll

Franzi Liwanetz,  
Wien XVII, Jörgerstraße 35.

Erholungsheim:  
Lucio Amati in Riccione.

Krankenkasse der Eltern:  
Krankenkasse der Handlungsgelhilfen.

An die

Verehrliche österreichische Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder

Wien XVIII.

Meine beiden Kinder Grete und Poldi Schmirk kamen von anfangs August bis einschließlich September 1924 mit Ihrer Aktion nach Riccione bei Rimini (Ospizio Marino Lucio Amati) und fühle ich mich verpflichtet, Ihnen vielmals und wärmstens dafür zu danken, daß sie sich in jeder Weise glänzend erhalten.

Die Kinder kamen blühend von Aussehen zurück und hatten beide eine ganz schöne Gewichtszunahme zu verzeichnen, was umso höher zu werten ist, als ich bestrebt bin, ihnen auch zu Hause in der Pflege und der Nahrung das Möglichste zu bieten. Beide Kinder sprechen anerkennendst von der sämtlichen Kindern gewidmeten liebevollen Sorgfalt, der schönen reinen Unterkunft, der abwechselnden reichlichen Kost usw. und würden sich ebenso wie ich freuen, wenn sie nächstes Jahr wieder die Wohltaten Ihrer segensreichen Aktion genießen könnten.

Mit aller Hochachtung ergeben

Wien, am 21. Oktober 1924.

Else Schmirk,  
XVII, Ferchergasse 13, III/30.

Erholungsheim:  
Lucio Amati in Riccione.

Krankenkasse der Eltern:  
Krankenkasse der Handlungs-  
gehilfen.

Wien, am 18. November 1924.

*Titl.*

Vereinigte österreichische Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder,  
Zentralstelle,

Wien XVIII,  
Glanzinggasse 37.

Über Ihre freundliche Anfrage erlaube ich mir mit besonderem Danke mitzuteilen, daß sich mein Kind Gertrud Handel, welches durch zwei Monate in Riccione durch Ihre Aktion sich aufgehalten hat, ganz bedeutend erholt hat, und zwar wies das Kind eine Gewichtszunahme von  $4\frac{1}{2}$  Kilo auf, was umso erfreulicher ist, als es sich um ein fünfjähriges Kind, welches vor der Abreise nur 14 kg wog, handelt.

Ich kann daher nicht umhin, nochmals den Ärzten, dem Pflegepersonal meinen ganz besonderen Dank auszusprechen. Nicht nur in gesundheitlicher Hinsicht ist diese Aktion zu begrüßen, mein Kind hat auch in dieser Zeit viel zugerlernt und ist artig und wohlgezogen wie vorher zurückgekommen.

Aus diesem Grunde wäre es mir ungemein erwünscht, wenn es mir möglich wäre, meinem Kind auch für nächstes Jahr wieder durch Ihre menschenfreundliche Aktion eine Erholung angedeihen zu lassen, was für mich als Witwe, welche das ganze Jahr im Berufe steht, von ganz außerordentlichem Vorteil wäre.

Indem ich Ihnen hiemit nochmals meinen besten Dank ausspreche, verbleibe ich mit

vorzüglicher Hochachtung

Mizzi Handel,  
Wien XII, Schönbrunnerstr. 234.

Erholungsheim:  
Auerswalde bei Chemnitz und  
Pietraligure a. d. Riviera

Krankenkasse der Eltern:  
„Einigkeit“, reg. Hilfskasse.

*Titl.*

Vereinigte österreichische Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder

Wien.

Gleich dem Vorjahr hatten auch heuer unsere beiden Kinder Thusnelda und Kurt durch das besondere Entgegenkommen der Vereinigten österreichischen Krankenkassenhilfe die Wohltat eines je 60tägigen Landaufenthaltes, erstere im Kinderwälderholungsheim Auerswalde bei Chemnitz in Sachsen, letzterer in Pietraligure an der italienischen Riviera, genossen und sich während dieser Zeit recht gut erholt. So hat sich das Allgemeinbefinden der beiden Kinder wesentlich gebessert, auch inklinieren sie nicht so leicht zu Katarrhen, was vor allem der planmäßig betriebenen Abhärtung des geschulten Personals zu danken

ist. Die Kinder haben guten Appetit, ihr Aussehen ist ein gesundes und frisches.

Bei dieser Gelegenheit können wir nicht umhin, dem Pflegepersonal für die liebevolle und aufopfernde Behandlung ihrer Schutzbefohlenen unseren Dank zu sagen und die löbliche Leitung der Vereinigten österreichischen Krankenkassenhilfe zu bitten, unsere beiden Kinderchen auch im nächsten Jahr die Wohltat eines zweimonatlichen Landaufenthaltes in einem von uns noch zu bestimmenden Erholungsheim teilhaftig werden zu lassen.

Im voraus für das besondere Entgegenkommen der Vereinigten österreichischen Krankenkassenhilfe bestens dankend, zeichnet mit dem Ausdruck der

Hochachtung

Wien, 19. November 1924. Johann Bezdek, Wilhelmine Bezdek  
Wien XII, Tivoligasse 19/41.

Erholungsheim: Krankenkasse der Eltern:  
Seehospiz in Rimini. Burgenländische Landeskrankenkasse.

An die

Leitung der österreichischen Krankenkassenhilfe

Wien.

Ihre geschätzte Anfrage vom Oktober l. J. erlaube ich mir folgend zu beantworten:

Meine Tochter Elisabeth, die vom 18. August bis 25. September 1924 in Bolognese in Rimini untergebracht war, hat sich während dieser Zeit glänzend erholt, 4½ kg zugenommen und ist ihr Aussehen und Allgemeinbefinden andauernd günstig. Das Kind hatte noch nie so frische Farbe und so gut ausgesehen, wie nach der Kur und spreche ich der verehrlichen Leitung einer so segensreichen Einrichtung meinen wärmsten Dank aus.

Gleichzeitig erlaube ich mir um die Unterbringung von ein oder zwei Kinder meiner sehr zahlreichen Familie für das nächste Jahr in einem Ihrer Heime anzusuchen.

Ergebenst

Neudörfel, 16. November 1924.

Franz Wimmer.

Erholungsheim: Krankenkasse der Eltern:  
Waldschule Alland. Krankenkasse der österreichischen  
Bundesbahnen.

An die

Leitung der vereinigten österreichischen Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder

Wien XVIII.

Werte Herren!

Ich beeile mich Ihnen mitzuteilen, daß ich von dem Erfolge der Erholung meiner Kinder Karl und Grete Gaag im Heime Alland sehr zufrieden war und mir nur die Bitte vorzubringen erlaube, ob wir im nächsten Jahr nicht

wieder Gelegenheit haben könnten, unter ähnlichen Verhältnissen die Kinder unterzubringen. Ihnen allen sei bester Dank für die großartige Bequartierung und Verköstigung gebracht. Von den Zuständen in Alland habe ich und meine Frau durch fünfmaliges Erscheinen eine Probe gemacht und waren über das Resultat sehr erfreut. Daß in Ihrem Heim — im Gegensatz zu sonstigen — auch auf den regelmäßigen Unterkleidungswechsel große Stücke gelegt wurde, hat den großen Erfolg in der Gewichtszunahme unzweifelhaft sehr begünstigt. Nochmals für alles Dank! — Anbei eine Analyse Ihrer Fragen:

1. Großartig; mein Sohn nahm 4 Kilo, meine Tochter 3 Kilo innerhalb acht Wochen zu.

2. Allgemeinbefinden glänzend; Appetit war bei beiden Kindern momentan nach ihrer Rückkehr ein Schrecken für uns, Aussehen gut, das auch jetzt noch immer anhält. Nur die Farbe hat in der Zwischenzeit von den Wangen die Flucht ergriffen.

Ergebenster

Leopold Gaag,  
Wien IX, Rote Löwengasse 8.

Erholungsheim:  
Pietraligure a. d. Riviera.

Krankenkasse der Eltern:  
Burgenländische Landeskrankenkasse.

Eisenstadt, 25. November 1924.

Werte Krankenkasse!

Ich war über meine Tochter Julia sehr zufrieden. Über meine Tochter kann ich nichts sagen, als daß der Appetit sehr gut ist, und daß sie neun kg zugenommen hat. Mein Kind freut sich sehr, daß sie wieder fort kommt. Sie will wieder auf ihren alten Platz, wo sie war.

Hochachtungsvoll

Anna Bauer,  
Eisenstadt, Florianigasse 55.

Erholungsheim:  
Derschau, preuß. Schlesien.

Krankenkasse der Eltern:  
Wiener Bezirkskrankenkasse.

An die

Vereinigte österreichische Krankenkassenhilfe

Wien.

Ihrer werten Anfrage gemäß teile ich Ihnen mit, daß mein Pflegekind Karl Minar im Erholungsheim Derschau aufs Beste untergebracht war, sich sehr gut erholt hat, sogar 4 kg zugenommen hat und bis heute bei gutem Appetit ist. Er hat sich sehr gut erholt und ich bitte sehr höflich um Ihre weitere freundliche Unterstützung, daß es im nächsten Jahr wieder in Derschau untergebracht wird.



Erholungsheim:  
San Remo a. d. Riviera.

Krankenkasse der Eltern:  
Krankenunterstützungskasse  
„Collegialität“.

Wien, 22. November 1924.

*Euer Wohlgeboren!*

Erlaube mir höflichst mitzuteilen, daß sich mein Kind, Hildegard Handl, Wien XVI, Deinhartsteingasse 4/2, heuer in San Remo mit der Aktion der Krankenkasse sehr gut erholt hat. Gewichtszunahme 3,20 kg. Das Allgemeinbefinden des Kindes sowie Aussehen und Appetit waren zufriedenstellend. Auch finde ich, daß das Kind durch die Kräftigung des Körpers im Lernen bis jetzt es spürt, was die Wohltat eines Sommeraufenthaltes in Italien wert ist. Ich ersuche, meine Kinder Franz und Hilde für nächstes Jahr wieder vorzumerken, auf jeden Fall beide. Falls die Kasse mir nur für eines bezahlt, so den Franz, der heuer zurückbleiben mußte.

Hochachtend

Fürsorgerin Handl,  
XVI, Deinhartsteingasse 4/2.

Erholungsheim:  
Oberbildstein in Vorarlberg.

Krankenkasse der Eltern:  
Verband der Krankenkassen.

Neufeld, 10. Juli 1924.

*Euer Wohlgeboren!*

Mein Kind Mitzi Domanowitz hat sich im Erholungsheim sehr gut erholt. Ihr allgemeines Befinden und Appetit waren das Beste. Es gefiel ihr sehr gut, und die schönen Stunden, die sie dort verbrachte, werden ihr immer in Erinnerung bleiben. Es wäre ihr sehnlichster Wunsch, wieder nach Oberbildstein zu kommen. Wir möchten daher auf eine Wiederunterbringung unseres Kindes reflektieren.

Mit herzlichster Danksagung

hochachtend

Peter Domanowitz,  
Neufeld Nr. 60.

Erholungsheim:  
Derschau in Preuß.-  
Schlesien.

Krankenkasse der Eltern:  
Krankenfürsorgeanstalt der Wiener  
städt. Angestellten u. Bediensteten.

Hochwohlgeboren Herrn Professor Dr. Moll

Wien XVIII,  
Glanzinggasse 37.

Im Sommer 1923 waren unsere zwei Kinder und den vergangenen Sommer unser Sohn Franz durch Ihre Liebenswürdigkeit zur Erholung im Erholungsheim in Derschau, wofür wir Ihnen, Herr Professor, innigsten und besten Dank sagen.

*Unser Kind hat dort um zehn Kilo zugenommen, das beweist, daß die Kinder in dieser Erholungsstätte gute Verpflegung und alle Bequemlichkeiten haben. Derschau ist nach den Erzählungen der Kinder mitten im Wald gelegen, daher haben sie gesunde Luft und Spielplätze, haben gute und reichliche Kost, auf das besonders Herr Direktor Schwitalla sieht, der die Kinder äußerst liebevoll behandelt, so auch die Pflegeschwestern, die sich sehr um die Kinder annehmen, daher sie wirklich gut aufgehoben sind und empfehlen auch allen Eltern, die erholungsbedürftige Kinder haben, selbe in dieses Heim zu schicken, da sie dort eine einzig dastehende Pflege und Behandlung genießen.*

*Sollte unser Kind im kommenden Jahr abermals erholungsbedürftig sein, werden wir Ihnen wieder unsere Bitte vorbringen und Ihre Güte in Anspruch nehmen.*

*Nochmals besten Dank zeichnet*

*hochachtungsvoll*

*Johann Pollany samt Familie  
Wien III, Dianagasse 5/6.*

*Erholungsheim:  
Seehospiz in Rimini.*

*Krankenkasse der Eltern:  
Burgenländische Landeskrankenkasse  
G. Z. 4895-L/K, Hauptstelle: Sauerbrunn.*

*Sauerbrunn, am 25. November 1924.*

*An die*

*Vereinigte österreichische Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder*

*Wien XVIII.*

*Wir gestatten uns, Ihnen über den Erfolg unserer heurigen Kinderaktion nach Italien, welche durch Ihre wertvolle Vermittlung möglich wurde, nachstehenden Bericht zu übermitteln:*

*Die in Rimini untergebrachten 39 burgenländischen Kinder waren sowohl über die Verpflegung als auch über die Unterbringung im Heim entzückt und wurde dies auch von unseren, das Heim inspizierenden Organen vollauf bestätigt. Der Erfolg des kurzen Aufenthaltes war in jeder Beziehung ein gewaltiger und wir konnten konstatieren, daß die Kinder gekräftigt und im Durchschnitt mit ganz erheblichen Gewichtszunahmen wieder heimkamen.*

*Bezüglich der in Pietraligure untergebrachten 78 Kinder konnten wir nur die besten Konstatierungen machen und war die Gewichtszunahme der Kinder ganz überwältigend. Die heimkommenden Kleinen zeigten eine bedeutende Besserung des Gesundheitszustandes, was auch seitens der Eltern mit Dank konstatiert wurde.*

*Im allgemeinen können wir mit Freude feststellen, daß die Aktion, dank Ihrer weitgehenden Unterstützung mit einem vollen Erfolg abgeschlossen hat, was auch im ganzen Burgenland lebhaften Widerhall und das Verlangen weckte, derartige Aktionen zu ständigen Einrichtungen auszudehnen.*

*Wir gestatten uns daher nochmals, Ihnen, speziell aber Herrn Professor Dr. Moll und Herrn Dozenten Dr. Eberhartinger den besten Dank für Ihre Bemühungen um diese Aktion auszudrücken und zeichnen*

*hochachtungsvoll*

*Burgenländische Landeskrankenasse*

*Der Obmann:  
Leser, m. p.*

*Der Direktor:  
Bonzen, m. p.*

*Erholungsheim:  
Admont, Steiermark.*

*Krankenkasse der Eltern:  
Gemeinsame Gehilfenkrankenasse  
der Gastwirte und Kaffeesieder.*

*P. T.*

*In höflicher Beantwortung des dortigen Schreibens gestatte ich mir zu berichten:*

*Meine Tochter Helene Pfaffenberger hat während des Aufenthaltes in Admont in der Zeit vom 2. Juli bis 29. August a. c. sowohl in physischer, als auch psychischer Hinsicht wesentliche Besserung erzielt. Während das Kind in Wien einen ausgesprochenen Widerwillen gegen fettes Fleisch hatte, machte Schreiber dieses bei einem gelegentlichen Besuch die erfreuliche Wahrnehmung, daß das Kind eine besondere Vorliebe für Fett zeigte und eine Gewichtszunahme von zirka 4½ kg erzielt wurde.*

*Es zeigte sich auch eine gewisse gesteigerte Lebensfreudigkeit, was ich auf die von der dortigen Anstaltsleitung zugebilligte Bewegungsfreiheit zurückzuführen glaube.*

*Es ist mir ein ganz verzeifelter Fall von vorgeschrittener Lungentuberkulose bekannt, der in Admont zur vollständigen Heilung geführt hat. Die dortige Anstaltsleitung ist über alles Lob erhaben.*

*Aus Vorgesagtem bitte ich gütigst entnehmen zu wollen, daß ich es mit Freuden begrüßen werde, wenn das Kind zur kommenden Saison wieder dorthin gebracht werden könnte.*

*Mit dem Ausdruck der vorzüglichsten Hochachtung zeichnet*

*ergebenst*

*Leopoldine Pfaffenberger,  
Wien VI, Kurzgasse 3.*

*Erholungsheim: Seehospiz in Rimini. Krankenkasse der Eltern: Burgenländische Landeskrankenasse*

*P. T.*

*Vereinigte österreichische Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder  
Wien.*

*Im Besitze Ihrer sehr geschätzten Zuschrift, gestatte ich mir nachstehend zu antworten:*

*Punkt 1. Mein Kind hat sich sehr gut erholt und war nach dessen Rückkehr eine Gewichtszunahme von 4 kg zu konstatieren.*

*Punkt 2. Das allgemeine Befinden ist wesentlich besser als vor der Abreise, ebenso hat sich der Appetit bedeutend gebessert und das Aussehen ist durch die Einwirkung von Sonne und Meerwasser ein bedeutend frischeres, die blasse Gesichtsfarbe ist gänzlich geschwunden.*

*Punkt 3. Es wäre mir sehr wünschenswert, wenn eines oder zwei meiner Kinder im nächsten Jahr wieder bei der Aufnahme für ihre Aktion berücksichtigt werden könnte, nachdem ich bei meiner großen Familie von acht Kindern nicht imstande bin, meine Kinder auf andere Art der Wohltat einer derartigen Erholung zuzuführen.*

*Hiemit hoffe ich Ihre mir gestellten Anfragen erschöpfend beantwortet zu haben und erübrigt mir noch, nachträglich den Dank für Ihre segensreiche Tätigkeit zum Ausdruck zu bringen.*

*Hochachtend*

*Rudolf Wunsch, Neudörfl,  
Vater der in Bolognese-Rimini in Italien  
beteiligt gewesenen  
Elisabeth Wunsch.*

*Neudörfl, 17. November 1924.*

**Aus den Mitteilungen der Eltern über die Erholungs-  
resultate im Jahre 1925**

Erholungsheim:  
Ferienkolonie Oberbildstein  
in Vorarlberg.

Krankenkasse der Eltern:  
Krankenversicherungsanstalt  
der Bundesangestellten.

*An hochverehrte Aktion!*

*Mein Kind Macho Paula hat sich in Oberbildstein sehr, sehr gut erholt, hat Appetit und hat 5 kg zugenommen und bin mit ihr zufrieden.*

*Mit bestem Dank*

*Frau Marie Macho,  
Wien XVI, Liebhartsgasse 10/20.*

Erholungsheim:  
Waldschule Alland.

Krankenkasse der Eltern:  
Verband der Krankenkassen.

*Gehrte Direktion der  
Vereinigten österreichischen Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete  
Kinder,*

*Wien.*

*Unser Kind Anni Würdinger war auf acht Wochen in Alland, wo dieselbe während dieser Zeit 5,20 kg zugenommen hat.*

*Hochachtungsvoll*

*W. Würdinger.*

Erholungsheim:  
Mädchenerziehungsanstalt  
in Admont.

Eltern keine Krankenkasse.

*Gehrte Krankenkassenleitung!*

*Gebe Ihnen bekannt, daß meine Tochter Greti Baueregger sich sehr gut erholt hat in Admont. Der Appetit ist großartig, zugenommen hat sie 7 kg. Meine Tochter fühlt sich glänzend, ist sehr gesund.*

*Spreche hiefür meinen besten Dank aus, was die geehrte Leitung für mein Kind getan.*

*Zeichne hochachtungsvoll*

*ergebenst*

*Johann Baueregger,  
Neu-Steinhof 224.*

Erholungsheim:  
„Auhof“ in Türrnitz.

Krankenkasse der Eltern:  
Arbeiterkrankenkasse des Gremiums  
der Wiener Kaufmannschaft.

*Sehr geehrte Anstaltsleitung!*

*Ich muß Ihnen meinen besonderen Dank aussprechen für die großartige Erholung meines Kindes Wilhelmine Dubansky. Sie hat beinahe 7 Kilo zugenommen und ist auch mit ihren Nerven besser. Ihr Appetit ist so großartig, daß es fast nicht zu glauben ist, daß sich ein Kind unter so kurzer Zeit so gut erholen kann.*

*Nochmals meinen besten Dank für all das Gute, das Sie an meinem Kinde getan haben.*

*Hochachtungsvoll*

*Dubansky Viktor.*

Erholungsheim:  
Sophienkinderheim  
Schloß Grafenegg.

Krankenkasse der Eltern:  
Krankenversicherungsanstalt  
der Bundesangestellten.

*Sehr geehrte Vereinsleitung!*

*Mein Sohn Josef Heger hat sich durch den achtwöchigen Aufenthalt in Grafenegg sehr gut erholt, der Appetit ist größer als vordem, er ist auch körperlich stärker geworden.*

*Hochachtend*

*Karoline Heger.*

Nachfolgendes Schreiben des manuellen Betriebsrates der Braunkohलगewerkschaft Zillingsdorf bringt in anerkennenden Worten den günstigen Erholungserfolg der durch die Vereinigte Krankenkassenhilfe in dem Seehospiz des Lucio Amati in Riccione untergebrachten Kinder zum Ausdruck.

Abschrift.

An die

Nied.-öst. Revierbruderlade

in Wr. Neustadt.

Betr.: Kinder in Italien.

*Auf Anfrage der Nied.-öst. Revierbruderlade über Resultat der Erholung teilen wir hier mit, daß nach Befragung der Eltern sehr befriedigend und allgemein als lobend das Ergebnis geschildert wird. Die Gewichtszunahme wird von 1 kg bis 7 kg konstatiert.*

*Die Nied.-öst. Revierbruderschaft wird ersucht, hiervon den Verband der Krankenkassen zu verständigen.*

*Neufeld, am 18. Dezember 1925.*

*Achtungsvoll*

*f. d.*

Stampiglie:           Manueller Betriebsrat der  
Braunkohlen-Bergbau-Gewerkschaft  
Zillingsdorf.

*(Unterschrift unleserlich.)*

Erholungsheim:  
Lucio Amati, Riccione.

Krankenkasse der Eltern:  
Wiener Bezirkskrankenkasse.

*Wien, am 10. Juli 1925.*

*Sehr verehrte Leitung!*

*Bin heute in der glücklichen Lage, Ihnen über mein Kind Karl Kny, welcher sich durch Ihre Hilfe zwei Monate in Riccione aufhielt, folgendes zu berichten:*

*Derselbe hat um 2<sup>3</sup>/<sub>4</sub> kg zugenommen, hat ein Aussehen wie ein Neger, so abgebrannt, ist bei bestem Appetit, was vor der Kur nicht der Fall war, und sind im allgemeinen mit seiner Erholung bestens zufrieden. Wir danken nun recht herzlich der löblichen Leitung, insbesondere dem sehr geehrten Herrn Professor Moll, den lieben Pflegeschwestern und allen, die mit unserem so gut erhaltenen Kinde zu schaffen hatten. Der Junge sagt, Riccione wird ihm unvergeßlich sein.*

*Nochmals wiederholen wir, daß wir über Karls Kur vollkommen zufrieden sind und zeichnen mit*

*vorzüglicher Hochachtung*

*Ihre dankschuldige Familie Kny,  
Wien X, Gudrunstraße 168/37.*

Erholungsheim:  
Lucio Amati, Riccione.

Krankenkasse der Eltern:  
Verband der Krankenkassen.

*Wien, den 10. Juli 1925.*

*Hochgeehrte Direktion!*

*Nehmen Sie diese Zeilen und meinen herzlichsten Dank für Ihre meinem Kinde zugekommene Güte entgegen. Finde nicht genug Worte, um meine Dankbarkeit zu bezeigen, kann nur das eine sagen, daß mein Junge, Johann Steiger, sich sehr gut erholt hat und möchte nur wünschen, daß es so bleiben würde, aber bei diesen Wohnungsverhältnissen ist es eine andere Frage.*

*Nochmals herzlichsten Dank eines sorgenden Mutterherzens und zeichne*

*hochachtungsvoll*

*Franziska Steiger,  
Wien VIII, Lederergasse 20.*

Erholungsheim:  
Lucio Amati, Riccione.

Krankenkasse der Eltern:  
Verband der Krankenkassen.

*Löbliche Leitung!*

Teilen mit, daß unser Sohn Alfred Sallacz gesund und gekräftigt, mit sehr gutem Appetit, ist wie ein Wolf und abgebrannt ist er wie ein Neger, aus Italien, Riccione, zurückgekehrt ist. Wir danken der löblichen Leitung recht herzlichst und bitten recht sehr, wenn es möglich ist, unser Kind nächstes Jahr wieder unterzubringen. Noch einmal unseren herzlichsten Dank. Unser Kind möchte gleich wieder hin.

Familie Sallacz,  
Wien XI, Sedlitzkygasse 4/32.

Erholungsheim:  
Seehospiz in Rimini.

Krankenkasse der Eltern:  
Verband der Krankenkassen.

Wien, am 14. VI. 1925.

*Euer Wohlgeboren!*

Betreffs der Anfrage über Maria Opawa können wir die freudige Mitteilung machen, daß sie um 8 kg zugenommen hat und ihr Aussehen sehr gut ist.

Hochachtungsvoll  
Ludmilla Opawa.

Erholungsheim in Grado. 5. V. Krankenkasse der Eltern:  
Krankenversicherungsanstalt  
der Bundesangestellten.

Wien, 1. III. 1925.

*Hochgehrter Herr Hofrat!*

Als ich meinen Jungen zu Beginn des Monates Mai mit Ihrer Aktion nach Italien fahren lassen sollte, hatte ich, offen gestanden, einige Bedenken. Wurde mir doch von allen Seiten mit dem Bemerkten hievon abgeraten, daß diese Aktion den Kindern im allgemeinen nicht zuträglich sei und das Allgemeinbefinden der Kinder nach Rückkehr von der Aktion sich noch mehr verschlechtere.

Trotzdem sandte ich mein Kind mit Ihrer Aktion, vertrauend auf die Leitung der Aktion durch Ihre im In- und Auslande bestens bekannte Persönlichkeit.

Wie angenehm war ich nun überrascht, als ich mich anläßlich der Abfahrt meines Kindes am Südbahnhof überzeugen konnte, daß für die Kinder während der immerhin langen Eisenbahnfahrt nicht nur überaus gut gesorgt worden war, sondern daß sich Sie, hochgehrter Herr Hofrat, auch noch persönlich von der guten Unterbringung der Kinder überzeugten.

Noch mehr überrascht war ich jedoch, als ich am 28. VI. v. J. mein Kind vom Ostbahnhof anläßlich seiner Rückkehr von Italien abholen konnte. Nicht nur, daß mein Junge glänzend aussah, an Körpergewicht sichtlich zugenommen hatte, war er auch in seinem ganzen Auftreten viel selbständiger geworden,

ein sicheres Zeichen, daß während des Aufenthaltes der Kinder in Italien nicht nur für ihr leibliches Wohlergehen gesorgt wurde, sondern daß dieselben auch gut erzogen und beaufsichtigt worden waren.

Mit einem Wort, mein Kind hat sich sehr zu seinem Gunsten verändert, und je länger ich meinen Jungen um mich habe, um so mehr lerne ich die Wohltaten Ihrer Aktion kennen.

Ich erfülle daher nur meine Vaterpflicht, wenn ich Ihnen, hochgeschätzter Herr Hofrat, als den Initiator, als den geistigen Leiter der Moll-Aktion, meinen tiefgefühltesten Dank ausspreche und Sie gleichzeitig bitte, auch den während des Aufenthaltes in Italien die Sorge und Aufsicht obliegenden Pflegeschwestern meinen herzlichsten Dank zum Ausdrucke zu bringen.

Möge es Ihnen, hochgeschätzter Herr Professor, noch recht lange vergönnt sein, auf eine solch löbliche Weise zu Nutz und Frommen unseres Volkes zu wirken.

Genehmigen Sie, hochgeehrter Herr Hofrat, den Ausdruck vorzüglichster Hochachtung, mit welchem in tiefer Dankbarkeit zeichnet

Ihr sehr ergebener

Hans Redinger m. p.  
Abteilungsinspektor der  
Wiener Sicherheitswache,  
Wien XVI, Herbststraße 108.

Erholungsheim:  
Lucio Amati, Riccione.

Krankenkasse der Eltern:  
Krankenkasse der gewerblichen  
Hilfsarbeiter bei den Genossen-  
schaften der Fleischhauer und  
Fleischselcher.

Geehrte Leitung!

Unser Kind hat sich vorzüglich erholt, hat nie eine Farbe gehabt und jetzt ist es so braun, schmeckt ihm das Essen und wir sind so glücklich, daß es das Lachen gelernt hat, es war sehr nervös vorher. Nochmals tausend Dank.

Achtungsvoll

Hrabovsky Therese,  
Wien XVII, Haslingergasse 9.

Erholungsheim:  
Seehospiz in Rimini.

Krankenkasse der Eltern:  
Wiener Bezirkskrankenkasse.

Krems, 14. VII.

An die

Vereinigte österreichische Krankenkassenhilfe

in Wien XVIII.

Werte Verbandsleitung!

Ich kann mit Freude und Dank feststellen, daß unser Knabe Johann Knorr, welcher in Rimini untergebracht war, sich sehr gut erholt hat und an Gewicht zugenommen hat, was wir jederzeit nur begrüßt haben. Auch der

*hiesige Kassenarzt Dr. Wind hat eine große Besserung festgestellt. Ich habe auch aus diesem Anlasse als derzeitiges Vorstandsmitglied der Bezirkskrankenkasse in Krems sofort nach Rückkehr meines Sohnes meinen besten Dank und Anerkennung für die guten Erfolge Ihrer Aktion bekanntgegeben und werde sie auch bei jeder Gelegenheit aus meiner innersten Überzeugung immer lobend anpreisen. Ich will auch im kommenden Jahr wieder mein Kind nach dort geben.*

Mit aller Hochachtung verbleibe ich

Hans Knorr,  
Krems a. d. Donau, Burggasse 3.

Erholungsheim:  
Seehospiz in Rimini.

Krankenkasse der Eltern:  
„Einigkeit“, reg. Hilfskasse.

Sehr geehrte Direktion der Doktor Moll-Aktion!

*Mit diesem erlaube ich mir für die liebevolle Unterbringung meines Sohnes Hans zwecks eines Erholungs- und Rekonvaleszentenurlaubes nach Rimini meinen herzlichsten Dank auszusprechen. Derselbe lobt das Unternehmen so, daß er lieber ganz dort geblieben wäre. Leider kann ich als Angestellter im Bundesministerium für soziale Verwaltung mit K 1,300.000,— monatlich mit Frau und 2 Kindern nicht dasselbe bieten, was er bei Ihnen hatte. Also nochmals meinen besten Dank und bitte, wenn ich wieder in die Lage komme, mein Kind wieder mitzunehmen. Mit einem tausendfachen Dank an alle Damen und Herren der Aktion*

Ihr dankschuldiger

L. Steinbauer,  
Wien IX, Sechsschimmelgasse 14.

Erholungsheim:  
Seehospiz in Rimini.

Krankenkasse der Eltern:  
Krankenkasse der Wiener Bank-  
und Sparkassenangestellten.

Vereinigte österreichische Krankenkassenhilfe  
für tuberkulös gefährdete Kinder,

Wien.

*In Beantwortung Ihrer Zuschrift vom Juni 1925 teile ich Ihnen höflich mit, daß mein Kind Erich, welcher in Rimini untergebracht war, 2½ kg zugenommen und sich derart gut erholt hat, daß alle seine Beschwerden geschwunden sind, er seither stets gesund blieb und auch größeren Appetit hat. Ich bin mit der Besserung seines Allgemeinbefindens wirklich zufrieden, da auch seine Reizbarkeit und Nervosität nachgelassen hat.*

*Indem ich der Vereinigten österreichischen Krankenkassenhilfe für ihre mir geleistete Hilfe meinen besten Dank ausspreche, zeichne ich*

Hochachtend

Wien, am 15. VII. 1925.

Anna Wiesenberg,  
Wien XIX, Döblinger Gürtel 12.

Erholungsheim:  
Seehospiz in Rimini.

Krankenkasse der Eltern:  
Verband der Krankenkassen.

Verehrliche Leitung der Vereinigten österreichischen  
Krankenkassenhilfe,

Wien XVIII.

Ihrer w. Aufforderung Folge leistend, gestatte ich mir, Ihnen im Nachstehenden über den Gesundheitszustand meines Kindes Elise zu berichten.

Nach Ausspruch des Arztes ist Liserl gegenwärtig ganz gesund. Ferner ist ihr Aussehen ein geradezu prächtiges, frisch und braun wie eine kleine Negerin. Beim Wiedersehen auf dem Bahnhof war ich zunächst sprachlos vor freudiger Überraschung. Auch ist ihr Appetit bis heute noch ein glänzender. So viel hat Liserl, so alt sie ist, noch nie gegessen, hoffentlich bleibt es auch fernerhin so. Kurz gesagt, mein Kind hat sich wunderbar erholt, gestärkt und gekräftigt.

Aus diesem Grunde sage ich hiemit allen jenen Personen, die sich um das Wohlbefinden meines Kindes verdient gemacht haben, aus glücklichem Mutterherzen meinen innigsten und tiefgefühltesten Dank, desgleichen auch mein l. Mann. Auch Liserl dankt allen l. Schwestern, die ihre Zeit und Mühe für sie opferten, herzlichst.

Es zeichnet mit dem Ausdruck vorzüglichster Hochachtung

ergebenste

Berta Daschka,

Wien, am 19. VIII. 1925.

Wien XVIII, Gentzgasse 27/13.

Erholungsheim:  
Seehospiz in Rimini.

Krankenkasse der Eltern:  
Wiener Bezirkskrankenkasse.

Wien, den 15. Juli 1925.

An die

Vereinigte österreichische Krankenkassenhilfe für  
tuberkulös gefährdete Kinder,

in Wien XVIII,  
Glanzinggasse 37.

Antwortlich Ihres Schreibens vom Juni d. J. erlaube ich mir mitzuteilen, daß sich meine beiden Kinder, Hansi und Rosi Böhm während ihres zweimonatigen Aufenthaltes in Ihrer Anstalt in Rimini sehr gut erholt haben.

Der behandelnde Arzt ist der Meinung, daß die Gesundheit beider Kinder wiederhergestellt ist.

Ich benütze diese Gelegenheit gerne, um Ihnen für die ausgezeichnete Pflege, die Sie den Kindern angedeihen ließen, bestens zu danken.

Hochachtungsvoll

Joh. Böhm.

